11

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/dutraitementdesh0014vari

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1916 — THESE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

L. TRIOLLET

Né à Tonnerre (Yonne) le 2 septembre 1888
de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien externe des Hôpitaux
Médaille d'honneur des épidémies
Décoré de la Croix de Guerre

DU TRAITEMENT

DES

Hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né

Résultats obtenus à la Clinique Tarnier par le sérum gélatiné et le chlorure de calcium

Président : PAUL BAR, *professeur*

PARIS
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine (VIe)

1916

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL, TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE, LANDOUZY, GILBERT, CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, N., HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBÉCOURT	TANON
CHAMPY	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIÈRRE	OMBRÉDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LERÉBOULLET	RIBIÈRRE	
GUÉNIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BAR

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris

Accoucheur de la Clinique Tarnier

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

Nous le remercions bien vivement du très grand honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse dont il a bien voulu nous indiquer le sujet. Si ce travail présente quelque intérêt, il le devra aux précieux conseils qu'il nous a prodigués.

C'est dans son service de la Clinique Tarnier que nous avons appris l'obstétrique : qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ED. SCHWARTZ

Chirurgien de l'Hôpital Cochin (1908-1909)

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de Clinique médicale à la Faculté
Médecin de l'Hôtel-Dieu (1909)

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades (1910)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIÉRY

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié
(Externat 1910-1911)

MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

Médecin de l'Hôpital Broca
(Externat 1911)

MONSIEUR LE DOCTEUR TRIBOULET

Médecin de l'Hôpital Trousseau
(Externat 1913)

Monsieur le Docteur JOSUÉ

Médecin de l'Hôpital de la Pitié
(Externat 1914)

Monsieur le Professeur PAUL BAR

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
Accoucheur de la Clinique Tarnier
(Externat 1916)

Monsieur le Professeur agrégé BRINDEAU

Accoucheur des Hôpitaux

DU TRAITEMENT

DES

Hémorragies gastro-intestinales

du nouveau-né

INTRODUCTION

Pendant le temps que nous avons passé dans le service de notre maître, M. le professeur Bar, accoucheur de la Clinique Tarnier, nous avons eu l'occasion de voir et de suivre personnellement deux cas d'hémorragie gastro-intestinale du nouveau-né. Suivant la méthode employée dans le service, chacun d'eux fut traité par des injections sous-cutanées de sérum gélatiné, et par des potions au chlorure de calcium : la guérison fut obtenue dans les deux cas. D'autant plus frappé par ce double succès que nous connaissions les difficultés de traitement d'un syndrome si grave, nous nous sommes livré, sous la direction si bienveillante et si éclairée de notre excellent maître, à quelques recherches sur cette question. Nous avons pu collationner ainsi dix observations, dont deux dues à l'obligeance de M. le Dr

Funck-Brentano, accoucheur des hôpitaux, où le succès a été absolument constant.

Si cette méthode de traitement n'est pas nouvelle, il convenait cependant de signaler les excellents résultats qu'elle n'a cessé de donner à la Clinique Tarnier depuis qu'elle y est couramment appliquée. Tel est le but que je me suis proposé dans ce modeste travail.

DÉFINITIONS

Avant d'entreprendre l'étude des divers traitements des hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés, il y a lieu tout d'abord de délimiter et de préciser les cadres de notre sujet.

D'après la majorité des auteurs, il convient d'appliquer la dénomination de nouveau-né à l'enfant depuis sa naissance, époque à laquelle il quitte son existence symbiotique avec l'organisme maternel, jusqu'au moment de son adaptation définitive à ses nouvelles conditions de vie extra-utérine.

Pendant cette période, les vaisseaux ombilicaux s'oblitèrent, le cordon se détache, le trou de Botal se ferme, l'épiderme se reconstitue ; enfin, deux fonctions capitales s'établissent d'après un mécanisme nouveau : la respiration aérienne et la digestion intestinale.

La durée de cette période ne peut être précisée d'une manière absolue : réduite à quelques heures par Tardieu, élevée à deux mois par Parrot, puis ramenée à quinze jours par Depaul, il semble que l'on doive incliner plutôt vers cette dernière opinion. D'une manière toute conventionnelle, nous croyons

pouvoir en fixer le terme au moment de la disparition de la formule sanguine fœtale et de son remplacement par la formule normale; cette substitution se faisant, ainsi que l'ont montré Cathala et Daunay, à l'état normal et chez des enfants nés à terme, aux environs du dixième jour, nous désignerons dans ce travail, sous la dénomination de nouveau-nés, les enfants âgés de moins de dix jours.

Pendant toute la durée de cette période d'adaptation, après le brusque changement d'existence par lequel passe l'enfant, l'expérience montre qu'une cause infectieuse, si légère soit-elle, peut déterminer toute une série de troubles d'autant plus graves qu'il s'agit souvent d'enfants présentant des tares héréditaires ou mis en état de moindre résistance, dès leur naissance, par un accouchement plus ou moins laborieux.

Chez le nouveau-né, ces infections se manifestent suivant le mode hémorragique beaucoup plus fréquemment que chez les enfants plus âgés et chez les adultes. Et c'est là un fait qui n'est pas particulier à l'espèce humaine : les infections chez les mammifères nouveau-nés, à en juger par ce que l'on observe chez nos animaux domestiques, affectent plus souvent que chez les animaux adultes le mode hémorragique.

Il n'est pas d'organe qui ne puisse être chez le nouveau-né le siège d'une hémorragie : en particulier, les glandes vasculaires sanguines au premier rang desquelles nous placerions les capsules surré-

nales, puis les testicules, puis le foie et les poumons, etc., etc.

Ces hémorragies viscérales peuvent rester cachées et être seulement découvertes aux autopsies, alors même qu'elles sont considérables (Lequeux): tels sont les vastes décollements sanguins de la capsule de Glisson avec ou sans rupture de celle-ci, avec ou sans inondation péritonéale, etc. Le plus souvent, l'hémorragie est apparente : le sang s'épanche par la bouche, l'anus, l'ombilic, la vulve ; les suffusions sanguines s'étalent sous la peau, là où une pression parfois insignifiante a heurté le tissu sous-cutané.

Nous ne nous occuperons dans ce travail que des hémorragies gastro-intestinales externes avec rejet de sang par la bouche (hématémèses) ou l'anus (melæna), que ces hémorragies existent seules ou coïncident avec l'écoulement de sang sous la peau ou par un orifice naturel.

FRÉQUENCE

Les avis diffèrent sur la fréquence des hémorragies gastro-intestinales par rapport aux autres hémorragies du nouveau-né.

Pour Ribemont (thèse d'agrégation, 1880), les hémorragies cutanées sont de beaucoup les plus fréquentes, les émissions sanguines par la bouche ou l'anus ne se rencontrant que dans 33 o/o des cas.

Pour Lequeux (1906), qui a réuni pour la première fois un grand nombre d'autopsies, ce sont les hémorragies viscérales sans écoulement de sang au dehors qui fournissent le pourcentage le plus fort : 42 o/o des cas totaux.

Les hémorragies externes se répartissent pour lui à peu près suivant le mode indiqué par M. le professeur Ribemont.

Omphalorragies.....	50 o/o
Hémorragies gastro-intestinales.	33,5 o/o
Hémorragies cutanées.....	16,5 o/o

Si nous considérons les hémorragies gastro-intestinales en elles-mêmes, elles ne sont pas une affection fréquente ; mais quoique Valleix prétende ne

les avoir jamais vues, il ne se passe pas d'années, dans une clinique d'accouchement importante, où l'on n'en rencontre plusieurs cas.

Le collationnement à la Clinique Tarnier, dans le service de M. le professeur Paul Bar, des observations qui servent de base à ce travail, m'a montré que dans la période de juin 1911 à juillet 1916, pour environ quatre ans et 6.219 accouchements, il s'est produit 8 cas d'hémorragies gastro-intestinales, ce qui fait une proportion de 1 pour 777. Cette proportion ne peut être que très approximative, car à côté d'années presque entièrement dépourvues de cette maladie, on en constate par contre 3 cas dans les cinq premiers mois de 1916 pour 721 accouchements (obs. nos 213, 590 et 721).

Comme en bien d'autres matières, la statistique n'a donc qu'une valeur toute relative.

D'ailleurs, les auteurs présentent des pourcentages ne concordant pas toujours :

M. Ribemont dans sa thèse d'agrégation en 1880, estime à 1 pour 700 le nombre des nouveau-nés présentant du melæna dans leurs premiers jours.

En 1893, Hergott admet 1 pour 1.500, soit moins de la moitié de la proportion de M. Ribemont.

En 1906, Lequeux, dans sa remarquable thèse de doctorat, nous dit que sur 2.162 accouchements relevés à la maternité de Saint-Antoine, il trouve 4 cas, soit 1 pour 540.

En 1906 également, Runge fixe la proportion à 1 pour 700.

En 1911, Vidal, parmi 6.572 accouchements à la Clinique Tarnier, trouve 11 cas de melæna soit environ 1 pour 600.

Enfin en 1913, Lusseau sur 7.610 accouchements à la Maternité de Lariboisière, relève 10 cas soit environ 1 pour 760.

Nous retiendrons ces chiffres qui, somme toute, permettent d'estimer le degré de fréquence entre 1 pour 600 et 1 pour 800 accouchements.

Cela admis, reconnaissons que le point vraiment intéressant est moins de déterminer la fréquence en soi des hémorragies que nous étudions que le rapport de ces hémorragies avec certaines conditions physiologiques ou pathologiques de l'enfant, rapport pouvant servir à établir l'étiologie de cet accident.

ÉTIOLOGIE ET ÉTIOGÉNIE

Comme pour toute affection, pour tout syndrome dont la genèse reste obscure, les causes des hémorragies gastro-intestinales chez le nouveau-né apparaissent multiples. Bien que nous nous proposions seulement par notre modeste travail de nous occuper de la thérapeutique de ce syndrome, il nous faut dire quelques mots des conceptions étiologiques et étiogéniques qui se sont fait jour, puisque c'est d'elles que sont nées les directives du traitement.

Quand on collationne les observations d'hémorragies gastro-intestinales chez le nouveau-né, on en compte un certain nombre dans lesquelles l'enfant est venu au monde en état d'asphyxie bleue : parfois après une version à dégagement difficile, parfois après une extraction laborieuse par le forceps, etc. Si on se souvient des constatations faites aux autopsies d'enfants nés en pareil état, l'esprit incline naturellement à penser que la formidable tension veineuse qui est capable de provoquer des éclatements de la rate et du foie, peut bien avoir produit des suffusions sanguines, voire même des hémorragies dans le canal gastro-intestinal. Mais la clinique

oblige vite à reconnaître que rares sont les cas où les hématémèses et le melæna apparaissent immédiatement après la naissance : le plus souvent c'est au bout de vingt-quatre heures, parfois même au bout de quarante-huit heures que l'hémorragie se produit ; et, au moment où le sang apparaît, l'enfant ne présente plus trace de phénomènes asphyxiques. Il est donc difficile d'admettre que les troubles mécaniques entraînés par l'asphyxie soient la cause immédiate des hémorragies ; ces mêmes raisons s'opposent à ce que l'on fasse intervenir des troubles apportés à la circulation par l'établissement de la respiration comme causes primitives des hémorragies.

Le plus souvent les enfants qui ont du melæna et des hématémèses respirent bien au moment où le sang apparaît. Pourquoi, si cette cause devait être incriminée, les selles et les vomissements sanglants ne seraient-ils pas plus communs après la naissance ?

A la vérité, si les causes précédentes interviennent elles ne peuvent être que prédisposantes, préparatoires si l'on veut ; elles ne sont ni déterminantes, ni immédiates.

Quelles causes peuvent donc agir immédiatement ?

Ici, tout est obscurité.

On a pu dire que les enfants qui avaient souffert pendant le travail et qui avaient subi l'énorme tension veineuse compagne habituelle de l'asphyxie, présentaient fréquemment des hémorragies du système nerveux central, et que sous l'influence de ces lésions, des ulcères de l'estomac se produisaient.

Quelques autopsies ont semblé donner raison à von Preuschen qui s'est fait l'avocat de cette interprétation : mais, bientôt, on fut obligé de reconnaître que nombre d'enfants mouraient d'hémorragies dont le cerveau ne présentait qu'une légère congestion ou même apparaissait tout à fait normal. D'autre part, on constata vite que des enfants ayant des hémorragies cérébrales étendues n'avaient présenté aucun signe d'hémorragie gastro-intestinale. Force fut donc de voir dans ces lésions multiples les multiples effets d'une même cause.

On a pensé que si une tension asphyxique violente n'était pas cause immédiate d'hémorragie, elle pouvait, surtout si elle coïncidait avec une malformation du canal veineux, conduire à ce même résultat par un mécanisme un peu compliqué se développant en un certain temps, d'où l'apparition relativement tardive du sang : une stase, peut-être provoquée par des embolies rétrogrades, se produirait dans les vaisseaux de l'estomac, génératrice d'une thrombose, et lorsque le suc gastrique viendrait à agir sur les points lésés, un ulcus analogue à l'« ulcus rotundum » pourrait se former avec son cortège d'hémorragies foudroyantes.

Il est possible qu'un pareil processus se produise : il n'est pas rare, en effet, de trouver chez les enfants qui sont morts avec des hémorragies gastro-intestinales, une ulcération de l'estomac ; et, au fond de celle-ci, la paroi du viscère présente des vaisseaux thrombosés.

Mais l'observation oblige vite à reconnaître que l'asphyxie et la tension veineuse ne doivent être que rarement incriminées comme causes préliminaires.

L'anamnèse montre en effet que, bien souvent, des enfants ayant eu des hémorragies n'ont pas été atteints préalablement d'asphyxie. Il nous sera permis d'ajouter que les recherches faites sur les embolies rétrogrades ne sont rien moins que démontrées.

Ne possédons-nous que ces données incertaines sur les facteurs capables d'intervenir ?

L'observation clinique et l'anatomie pathologique ont mis en lumière le rôle de l'infection.

Des observations nombreuses avec examens bactériologiques ont prouvé qu'il n'est pas nécessaire qu'un microbe spécifique intervienne.

Gaertner a décrit en 1893, dans les *Archiven für Gynækologie*, un microbe particulier découvert par lui dans le sang intestinal de deux enfants ayant présenté du melæna. Ce bacille était court, se colorait bien avec les couleurs d'aniline, poussait rapidement à 37 degrés sur agar, gélatine, bouillon, pomme de terre, en donnant lieu, sur tous ces milieux, à un développement assez abondant de gaz. Le diagnostic bactériologique différentiel a montré à Gaertner que son bacille n'était ni le bacille typhique, ni le coli-bacille. Injecté dans le péritoine des cobayes adultes, le bacille tuait ces animaux en douze heures; il tuait également en douze heures les jeunes chiens de un à douze jours. Mais tandis qu'à l'autopsie des premiers on ne trouvait qu'une péritonite exsudative,

chez les seconds l'intestin était en même temps rempli de sang et la muqueuse intestinale couverte de suffusions sanguines et de foyers hémorragiques. Autrement dit, le bacille reproduisait chez les jeunes chiens les lésions anatomiques du melæna. C'est ce qui fit penser à Gaertner que ce microbe était l'agent spécifique de cette affection. Malheureusement, ce microbe n'a jamais été retrouvé dans les recherches ultérieures faites par de nombreux cliniciens.

Il eût été tentant alors de considérer les hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés comme une maladie analogue à la septicémie hémorragique des animaux domestiques. Les recherches de Nocard et Leclainché, en 1895, ont conduit ces auteurs à attribuer ces maladies hémorragipares à des microbes spécifiques, du genre pasteurella.

Là encore, la clinique et le laboratoire n'ont pas permis de conclure à la même origine microbienne des deux affections animale et humaine. Par contre, l'observation journalière montre que les hémorragies digestives du nouveau-né peuvent être produites par les microbes les plus banals de l'infection : staphylocoques, streptocoques par exemple, existant isolément ou en association.

Ces différents microbes sont susceptibles de déterminer à tout moment une infection à type hémorragique. Cette infection ayant le plus souvent son point de départ au niveau de la plaie ombilicale, il est légitime de penser que les éléments microbiens gagnent le foie et le système de la veine porte, créant

ainsi une condition favorable à la production d'hémorragies intestinales.

Mais l'infection par les microbes banals (streptocoques, staphylocoques, etc.), n'est pas la seule capable d'intervenir : une cause vraiment de premier rang, c'est l'infection syphilitique.

Comment intervient-elle ?

On peut admettre que les enfants ayant un foie syphilitique s'infectent plus facilement par la voie digestive. La syphilis semble être ainsi une cause prédisposante : les hémorragies seraient immédiatement en corrélation avec l'infection banale. Il n'est pas douteux qu'il en soit ainsi dans nombre de cas. Mais l'observation montre qu'il suffit souvent de soumettre des enfants presque exsangues au traitement anti-syphilitique pour voir, avec une rapidité inouïe, les hémorragies s'arrêter. Force est donc d'admettre que si la syphilis intervient parfois comme cause prédisposante, elle doit être tenue comme capable d'agir aussi comme cause immédiate. On ne peut que faire des hypothèses sur le mécanisme d'action du tréponème : on a constaté dans quelques cas des ulcérations de l'estomac au fond desquelles il y avait des tréponèmes, sans intervention de thrombose. Il serait bien intéressant que des recherches méthodiques pussent être dirigées dans cette voie.

Concevons simplement qu'un bon nombre d'hémorragies gastro-intestinales sont d'origine infectieuse banale ou syphilitique.

L'observation oblige à reconnaître que, fréquem-

ment (ces cas sont peut-être les plus nombreux), l'enfant n'étant ni un syphilitique, ni un infecté, peut mourir d'hémorragies gastro-intestinales, sans que l'on trouve de lésion apparente : la rate est petite, le foie ne paraît pas altéré, le cerveau ne présente rien d'anormal ; bref, à part le sang qui encombre l'intestin, à part l'anémie extrême de tous les organes, l'autopsie ne révèle rien. Dans de tels cas, l'esprit incline à accuser une modification du sang capable de créer l'hémorragie et de l'aggraver au point de la rendre rapidement incoercible.

Que peut être cette modification ? S'agit-il d'hémophilie vraie? On sait que cette maladie est caractérisée par une formule hématologique spéciale avec retard dans la coagulation du sang, d'où des hémorragies profuses n'ayant pas tendance à l'arrêt spontané. Il était donc logique de concevoir cette diathèse comme cause des hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né, ces dernières présentant justement des caractères identiques à ceux des hémorragies hémophilitiques. Mais certains faits ne laissent pas d'être assez troublants à cet égard.

Tous les pathologistes qui se sont occupés de l'hémophilie vraie ont noté que cette étrange maladie se transmettait aux enfants de sexe masculin par les femmes, en laissant celles-ci indemnes ; et il n'est pas rare d'observer des familles où les femmes enfantent des garçons qui meurent d'hémophilie, alors qu'elles-mêmes n'ont aucune tendance aux hémorragies graves.

On a rapporté des statistiques d'hémorragies du nouveau-né dans lesquelles la prédominance des garçons était manifeste.

Rilliet constate, sans produire de chiffres, que les garçons seraient plus sujets que les filles à cette maladie. Orlowski trouve de son côté 8 garçons pour 5 filles. Lequeux, dans sa statistique personnelle, compte 26 garçons pour 15 filles. Enfin, de nos jours, MM. Ribemont et Lepage écrivent que les hémorragies digestives du nouveau-né constituent « un accident rare auquel les garçons sont plus exposés que les filles » (*Traité d'Obstétrique*, 8e éd., p. 1485).

Les auteurs qui ont rapporté ces chiffres, n'ont entendu accuser qu'une influence inexplicable et inexpliquée du sexe de l'enfant ; on pourrait, si la prédominance très grande du sexe masculin était avérée, en tirer un argument en faveur de l'hémophilie.

Mais les statistiques douteuses ou contraires abondent :

Pour Billard, il y aurait plus de filles que de garçons.

Kling, de son côté, trouve 9 filles pour 8 garçons.

Silbermann constate 20 cas chez des filles pour 14 intéressant des garçons.

Düsser, pour 33 cas chez des garçons, en trouve 69 chez des filles.

Vidal, en 1911, trouve 5 garçons et 6 filles.

Enfin, notre statistique personnelle, de 10 cas, comporte 3 garçons et 7 filles.

De ces faits si contradictoires, ne tirons aucun argument ; et, si une conclusion peut être formulée, ce serait la suivante : l'origine vraiment hémophilique des hémorragies digestives du nouveau-né apparaît possible, mais non démontrée.

Sans qu'il soit question d'une hémophilie vraie, on peut se demander si le sang chez le nouveau-né n'est pas parfois, du moins momentanément, privé en tout ou en partie chez certains individus de ferments coagulants, les conditions mécaniques que nous avons signalées plus haut, la syphilis ou les infections étant capables d'intervenir pour soit provoquer, soit aggraver, soit prolonger cet état. Cette induction est d'autant plus séduisante que les observations faites sur les animaux domestiques montrent les hémorragies bien plus fréquentes dans les mêmes infections chez les individus nouveau-nés que chez les individus adultes ; mais reconnaissons qu'elle n'est pas encore démontrée en soi.

Peut-être les heureux résultats donnés par le chlorure de calcium et le sérum gélatiné peuvent-ils être considérés comme un argument en faveur de cette conception.

En somme, on peut conclure qu'à l'origine existe peut-être comme cause première un état particulier du sang, mal connu, plutôt soupçonné que démontré,

qui empêcherait l'hémostase spontanée. Cet état n'est certainement pas de règle chez tous les nouveau-nés ; la rapidité avec laquelle se coagule le sang du cordon en est la preuve. Mais il est possible qu'il existe chez certains nouveau-nés, sans qu'on puisse dire qu'il s'agisse d'une hémophilie vraie.

En tout cas, il semble que les infections soit banales (streptocoques, staphylocoques, etc.), soit à caractère spécial (tréponème) puissent le créer, et il n'est pas impossible qu'il y ait là un phénomène général, à en juger par ce que l'on observe dans nombre d'espèces domestiques, et en particulier chez les bovidés, où les infections affectent avec une sensible fréquence le caractère hémorragique.

A côté de ces processus, les troubles mécaniques de la circulation, les thromboses causes d'ulcérations, ont place dans les origines des hémorragies que nous étudions.

SYMPTOMATOLOGIE

Les hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né peuvent se produire, soit isolément, soit simultanément par la bouche et l'anus. Les statistiques suivantes, dues à divers auteurs, montrent le mode de groupement des accidents :

Kling (1875), sur 17 cas, trouve :

Hématémèses et melæna.....	9
Melæna.....	7
Hématémèses.....	1

Düsser (1890), sur 76 cas :

Hématémèses et melæna.....	30
Melæna.....	35
Hématémèses.....	11

Lequeux (1906), sur 6 cas :

Hématémèses et melæna.....	2
Melæna.....	1
Hématémèses.....	3

Vidal (1911), sur 11 cas :

Hématémèses et melæna.....	6
Melæna.....	5
Hématémèses.....	0

Lusseau (1913), sur 10 cas :

Hématémèses et melæna.....	4
Melæna.....	6
Hématémèses.....	0

Enfin, notre statistique personnelle, portant sur 10 cas, nous donne :

Hématémèses et melæna.....	5
Melæna.....	4
Hématémèses.....	1

Les hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né se présentent cliniquement sous la forme d'un syndrome réunissant des symptômes locaux d'hémorragies siégeant au niveau du tractus digestif, et des signes généraux propres aux anémies aiguës par spoliation sanguine.

Il peut arriver que l'hémorragie se produise au moment même de la naissance, mais ce cas est rare. Le plus souvent, le premier jour de la vie se passe normalement : l'enfant paraît en bonne santé, déjà il a commencé à prendre le sein. Brusquement, vers le deuxième jour surtout, plus rarement vers le troisième, les parents sont surpris de voir l'enfant, souvent d'une pâleur de cire, rendre par la bouche du sang vermeil ou couleur marc de café, ou de trouver ses langes baignés de caillots sanguins mélangés à du méconium. Au même titre que la dramatique hémoptysie confirmant une tuberculose pulmonaire au début, ce tableau si frappant ne manque jamais d'alarmer la famille.

Les émissions sanguines peuvent se présenter sous l'aspect de masses noirâtres indiquant un certain commencement de digestion stomacale et par conséquent une origine gastrique, œsophagienne ou duodénale ; dans d'autres cas, une émission de sang rouge indiquera, soit une hémorragie intestinale, soit une évacuation sanguine rejetée immédiatement par l'estomac.

Cette hémorragie peut s'arrêter définitivement au bout de douze à vingt-quatre heures, soit spontanément, soit surtout à la suite d'une thérapeutique appropriée, et l'on voit alors disparaître ce symptôme si alarmant ; les enfants recommencent à téter vigoureusement et se remontent assez vite, quoique la pâleur des téguments persiste encore quelque temps.

Dans d'autres cas, malheureusement trop fréquents, l'hémorragie persiste avec une ténacité désespérante malgré les nombreux traitements mis en œuvre autrefois. Ces pertes de sang répétées, chez un enfant tout petit, se traduisent naturellement par l'exagération des signes généraux des grandes hémorragies de l'adulte : refroidissement et pâleur des téguments, abaissement de la température centrale succédant souvent à une fugitive hyperthermie traduisant l'infection initiale, respiration superficielle, cri plaintif et léger, dépression des fontanelles. Tel est l'ensemble de symptômes aboutissant fréquemment à la prostration, à l'adynamie et à la mort.

Le syndrome est donc celui des grandes hémorra-

gies. Mais, ce qui le caractérise, c'est le degré d'anémie auquel peuvent arriver les enfants sans mourir : on peut en voir résister plusieurs jours avec une pâleur inimaginable, une respiration tellement faible qu'elle paraît manquer, un refroidissement atteignant 34 degrés et même moins ; ce n'est qu'après plusieurs jours de cet état que l'enfant meurt.

Le médecin doit bien connaître cette résistance singulière de l'enfant, car, tant qu'il n'est pas mort, une thérapeutique rationnelle doit être poursuivie pour le sauver.

DIAGNOSTIC

En présence d'un nouveau-né saignant par la bouche ou l'anus, le clinicien doit résoudre plusieurs questions :

1° *Est-ce du sang?* — Ici, je serai bref.

En présence de sang rouge et rutilant, il n'y a aucune hésitation possible, le diagnostic s'impose. S'il s'agit, par contre, de melæna noirâtre, pouvant passer inaperçu au milieu du méconium, il suffira d'examiner le mélange au moyen des très probantes réactions de Meyer ou de Weber.

2° *D'où vient ce sang?* — Il va sans dire que l'on ne confondra pas avec une hémorragie gastro-intestinale, une hémorragie se produisant par l'ombilic, le sang ayant souillé les langes comme s'il avait été évacué par l'anus. Un simple examen suffit.

Il convient ensuite d'éliminer les cas de fausses hématémèses et de faux melæna d'origine maternelle ou fœtale.

Du côté maternel, on connaît les lésions du sein, fissures, gerçures ou crevasses qui saignent si abondamment au moment des tétées. Le sang, dégluti

par le nouveau-né, ne tarde pas à être rejeté par la bouche ou l'anus.

De même, pendant le travail, s'il y a eu hémorragie avant la délivrance, du sang peut s'introduire dans les voies digestives, et, lors de son expulsion dans les heures qui suivent la naissance, en imposer pour du vrai melæna.

Signalons enfin, à titre de curiosité, une cause exceptionnelle de melæna, rapportée par Lequeux, dans *le Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, de janvier 1909 :

« Chez une femme présentant un hydramnios considérable et chez laquelle se produisit un début de travail, M. Bar fit pratiquer une ponction ovulaire par voie haute, dans l'espoir de voir rétrocéder le travail prématuré. Quant le trocart fut enfoncé de 2 centimètres, on sentit une résistance et il ne s'écoula pas de liquide. Il fallut enfoncer l'instrument de 8 centimètres environ pour voir sortir par le canal du trocart le liquide amniotique teinté de rouge.

« Trois jours plus tard, reprise du travail. Perforation artificielle des membranes par le vagin. Il s'écoule un liquide noir mélangé de sang et de caillots organisés. La femme expulse un enfant vivant. Sur le placenta, près d'un gros vaisseau, on voit un orifice du calibre d'un trocart. La face utérine du placenta est en partie recouverte de caillots.

« L'enfant expulse, aussitôt après la naissance et pendant les quarante-huit heures suivantes, du méco-

nium franchement melænique disparaissant ensuite complètement.

« Pour que le melæna se produise sitôt après la naissance, il faut admettre que le sang ait été dégluti plusieurs heures auparavant, sans quoi il n'aurait pas eu le temps d'être digéré. Il est évident qu'ici la déglutition du liquide sanglant remontait à l'époque de la ponction, quarante-huit heures avant l'accouchement. »

Du côté de l'enfant, il faut éliminer avec soin les traumatismes obstétricaux portant sur la bouche, tels que les excoriations produites par les ongles de l'accoucheur lors de la manœuvre de Mauriceau, les petites interventions chirurgicales telles que la section du frein de la langue ou, très rarement, la décapitation des incisives déjà sorties (Magitot). Enfin, il ne faudra pas oublier de regarder le naso-pharynx de l'enfant, point de départ fréquent d'un faux melæna, ainsi que le prouve l'observation suivante due à Hochsinger :

« Un jour, M. Hochsinger est appelé auprès d'un nouveau-né qui, quelques heures après sa naissance a vomi du sang et perdu du sang par l'anus ; cette hémorragie durait déjà presque sans interruption depuis cinq ou six heures, lorsque M. Hochsinger vit l'enfant.

« Il trouve un nouveau-né presque exsangue, dont la température rectale n'atteignait plus que 35°8 Ayant eu la curiosité de regarder dans la gorge de l'enfant, M. Hochsinger trouva le pharynx transformé

en une véritable rigole de sang. Son diagnostic était donc fait, c'était un faux melæna par hémorragie nasale. Pour voir de quel côté venait du sang, il introduisit dans la narine droite un tampon d'ouate roulé en cylindre : le cylindre ne fut pas teinté de sang. Il introduisit un tampon identique dans la narine gauche et le retira imbibé de sang: l'enfant saignait donc par la fosse nasale gauche. M. Hochsinger prit alors un troisième tampon d'ouate, le trempa dans une solution d'alun, l'exprima et en tamponna la fosse nasale gauche. Après nettoyage du pharynx, il put constater que l'hémorragie était arrêtée. Lorsque, trois heures plus tard, le tampon fut renouvelé, l'hémorragie ne se reproduisit plus; l'enfant était guéri. »

La conclusion à tirer de ce fait, c'est, qu'en face d'un melæna, le médecin aura la curiosité de voir ce qui se passe dans la gorge et dans le nez, et, s'il trouve une hémorragie nasale, il aura soin de la traiter avant de recourir aux médications des hémorragies intestinales.

Admettons toutes ces causes d'erreur éliminées, nous nous trouvons en présence d'une hémorragie du tractus digestif du nouveau-né.

3° *En quelle portion du tube digestif se produit l'hémorragie ?* — Ici, le diagnostic ne peut plus être basé que sur des probabilités et non sur des certitudes.

Une hémorragie siégeant au niveau de la muqueuse

gastrique, de l'œsophage ou du duodénum se traduira par des hématémèses de sang noir ou rouge, c'est-à-dire ayant séjourné plus ou moins longtemps dans l'estomac. Ces hématémèses pourront s'accompagner de melæna si tout le sang n'est pas évacué par la bouche.

Au contraire, une émission anale de sang rouge indiquera un foyer hémorragique situé sur les dernières anses intestinales, tandis que des matières sanguines noirâtres témoigneront en faveur d'érosions digestives haut situées, surtout si elles coexistent avec des hématémèses.

Un diagnostic des plus importants quant au pronostic serait celui d'ulcère du duodénum : les nombreux travaux que j'ai consultés sur cette question établissent en effet une mortalité constante dans 100 o/o des cas. Malheureusement, le diagnostic de cette affection, déjà fort difficile à établir chez l'adulte, malgré le secours de la radiologie et de l'examen chimique des fonctions gastriques, est pratiquement impossible chez le nouveau-né. Tout au plus pourra-t-on supposer l'existence de cette redoutable affection en présence d'hémorragies tenaces et continuelles, conduisant rapidement le petit malade à l'anémie mortelle par spoliation sanguine totale.

Au surplus, ce qui est important, c'est de déterminer s'il convient d'accuser à l'origine une infection banale ou syphilitique, c'est de déterminer aussi la

gravité de l'hémorragie et son caractère plus ou moins incoercible. La première donnée permet d'orienter le traitement, la deuxième permet, si je puis m'exprimer ainsi, de le doser.

TRAITEMENT

Les traitements les plus divers ont été essayés de tout temps par les médecins ayant à soigner des hémorragies gastro-intestinales chez les nouveau-nés : la médication employée, purement symptomatique jusqu'à ces dernières années, était naturellement basée sur la pathogénie alors en faveur.

Jusque vers le milieu du siècle dernier, les moyens physiques (lavements, froid, saignée, etc.) ont été les seuls employés parce que les seuls connus. Les résultats furent si peu encourageants que, plus tard, les nouvelles médications employées contre les hémorragies en général furent successivement toutes essayées. Lorsqu'on reprend les observations relatées à cette époque, on est frappé par la diversité et la multiplicité des traitements employés; les succès furent assez peu nombreux, et les médications successivement vantées, après une faveur éphémère, ne tardaient pas à sombrer dans un juste oubli.

Aussi, par une réaction à notre avis exagérée, en était-on arrivé, il y a quelques années, dans certaines cliniques obstétricales, à ne pratiquer de thérapeutique médicamenteuse que dans les cas désespérés,

méthode exposée en 1906 dans la thèse de Vicq, élève de M. le professeur Pinard.

Nous examinerons en détail les différents traitements successivement employés, passant les faits en revue et analysant les résultats obtenus. Puis, nous parlerons du traitement préconisé par M. le professeur Paul Bar, appliqué couramment à la Clinique Tarnier où il n'a jamais donné que d'excellents résultats.

LES MOYENS PHYSIQUES

Avant de commencer l'étude des moyens physiques employés pour combattre les hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés, nous rappellerons brièvement qu'en 1682 Mauriceau relata la première observation « d'un enfant nouveau-né qui vomit durant les deux ou trois premiers jours une matière toute noirâtre et ne laissa pas de se bien porter dans la suite et la mère aussi ».

« Le 10 avril 1682, rapporte Mauriceau, j'ai accouché une femme d'une fille forte et robuste qui, quoiqu'elle fût venue naturellement et qu'elle n'eût souffert aucune violence dons l'accouchement de sa mère, eut durant le premier jour un vomissement de flegmes mêlés de quelque peu de sang ; après quoi, elle vomit en ma présence, durant près de deux jours, une matière toute noirâtre, que je crus ne pouvoir venir que d'une bile de cette couleur, ou du pur méconium des intestins, ou bien du sang même qui, s'étant épanché par l'effort de ces vomissements dans le fond de l'estomac et y ayant séjourné durant quelque temps, avait acquis cette couleur noirâtre qui paraissait dans les excrétions de ces vomisse-

ments. Mais, quoi que ce fût, cette enfant ne laissa pas de se bien porter dans la suite et la mère aussi ».

Ainsi donc, l'illustre accoucheur du XVIIe siècle ne paraît pas avoir cru à l'existence du melæna vera ; aussi ne pratiqua-t-il aucun traitement.

Purgatifs. — Au début du XVIIIe siècle, naquit l'usage qui s'est perpétué dans le peuple jusqu'à nos jours, de purger les nouveau-nés dans les premiers jours de la vie, pour hâter l'expulsion du méconium soi-disant irritant pour leurs intestins. La coexistence d'hémorragies gastro-intestinales ne constituait même pas une contre-indication à cette pratique.

En 1723, Ebarth, ayant à traiter un nouveau-né atteint de melæna n'hésita pas, à prescrire « du sirop de chicorée avec de la rhubarbe, ce qui amena des selles sanglantes assez abondantes.» L'enfant ne tarda pas d'ailleurs à succomber.

Vers la même époque, en 1732, Brebesius, qui avait l'habitude de purger systématiquement les nouveau-nés avec de l'huile d'amandes douces, eut à traiter deux cas d'hémorragies gastro-intestinales. Sans s'inquiéter des émissions sanguines de plus en plus abondantes, il fit continuer l'administration de spermaceti, avec adjonction de sirop de manne et de bains de vin chaud dans le second cas. Malgré ses efforts, les deux enfants succombèrent.

On conçoit facilement les résultats désastreux que pouvait occasionner l'emploi de purgatifs, si légers soient-ils ; leurs premiers effets ne sont-ils pas

d'exciter les mouvements péristaltiques de l'intestin, favorisant ainsi la prolongation de l'hémorragie ?

Cette fâcheuse pratique de purger les nouveau-nés dès leur naissance a d'ailleurs persisté fort longtemps dans certaines provinces, puisqu'en 1893 le Dr Barral (de Nîmes) rapporte un cas vraisemblablement dû à ces errements :

« On a chez nous, dit-il, la déplorable habitude de purger les nouveau-nés. On leur administre une, deux, trois cuillerées à café de sirop de chicorée, souvent de sirop de rhubarbe. A la suite de ces purgatifs, on voit apparaître dans les couches de l'enfant des mucosités, des glaires, comme disent les bonnes femmes, enchantées qu'elles sont de les voir se produire comme un grand bénéfice pour le bébé. Mais ces mucosités, ces glaires sont l'indice d'un premier stade d'irritation qui aboutit vite aux suffusions sanguines et aux hémorragies de la muqueuse digestive. »

Actuellement, les purgatifs sont, avec raison, complètement bannis de la thérapeutique des hémorragies des nouveau-nés, en raison de l'hyperhémie de l'appareil digestif et du péristaltisme intestinal qu'ils déterminent, conditions éminemment favorables à l'aggravation et à la prolongation de ce syndrome déjà si grave par lui-même.

A partir de la fin du XIIIe siècle, le traitement des hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés est très varié ; aucune des médications employées ne donnant de résultats probants, on les utilise toutes

concurremment avec des alternatives diverses de succès et d'échecs.

Froid. — Les résultats désastreux des purgatifs dans le traitement des hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés conduisirent, vers 1780, Ettinger et Riedlin à utiliser les propriétés hémostatiques du froid dans la thérapeutique de cette affection : ils prescrivaient du lait glacé à l'intérieur, et l'application d'une vessie de glace ou, à défaut, de compresses d'eau vinaigrée froide sur l'abdomen.

Si cette méthode eut d'énergiques défenseurs comme Widerhofer, de Vienne, elle fut, au début du siècle suivant, vivement combattue par Vogel. Ce dernier estimait l'emploi du froid contre-indiqué par l'abaissement de la température centrale et périphérique de l'enfant, et par la vaso-constriction cutanée déterminant un afflux de sang vers les organes profonds. Aussi prescrivait-il, au contraire, le réchauffement du nouveau-né, en essayant en outre, pour la première fois, l'action hémostatique du perchlorure de fer :

« La seule hémorragie intestinale que j'eus à traiter jusqu'à présent chez un nouveau-né se montra trente-six heures après la naissance. En vingt-quatre heures l'enfant a sali dix langes avec des caillots de sang du volume d'une noisette. L'enfant, qui était fort, devint d'une pâleur de cire ; les extrémités se refroidirent et le pouls fut à peine sensible. Je fis monter la température de la chambre à 18 degrés Réaumur, j'en-

tourai l'enfant avec trois cruchons remplis de sable chaud et je lui fis prendre le sein de la mère toutes les heures. Lorsque après douze heures l'hémorragie ne cessa pas, je lui prescrivis la potion suivante :

Perchlorure de fer liquide....	1 gr.
Eau distillée.....	
Eau de cannelle.....	ââ 15 gr.
Sirop simple.....	

« L'enfant en prit environ la moitié en l'espace de douze heures et l'hémorragie cessa.

« Je ne pus me décider à suivre dans ce cas le traitement proposé par Rilliet, qui consiste à donner du lait glacé et à appliquer des compresses froides, et je crois qu'il est plus rationnel, en présence de ces hémorragies intestinales des nouveau-nés, de produire une turgescence aussi forte que possible vers la peau, à quoi l'on arrive le mieux par une température élevée.

« Après que les selles sanguinolentes eurent cessé, l'enfant se remit complètement et prospéra parfaitement à partir de cette date. »

Vers la même époque, Rilliet et Barthez, dans leur traité classique, préconisent l'action du froid en applications locales sur l'abdomen pour arrêter l'hémorragie, en même temps que le réchauffement des extrémités pour combattre l'hypothermie du malade ; en outre, ils instituent un traitement hémostatique à base de ratanhia. Nous avons retrouvé les observations de deux jumeaux atteints d'hémorragies

gastro-intestinales et traités avec succès par la médication ci-dessus. Voici ces observations :

Le 30 janvier 1846, l'un de nous fut appelé, à 1 heure de l'après-midi, pour voir un nouveau-né qui, disait-on, était dans le plus grand danger. Les renseignements suivants, recueillis de la bouche de la garde, furent plus tard confirmés par le Dr Maunoir. Ce petit garçon, né la veille à 4 heures du matin, était un jumeau. L'accouchement n'avait pas été spécialement difficile, cependant M. Maunoir avait dû employer le forceps; les placentas étaient séparés, les eaux de l'amnios peu abondantes, le cordon n'offrait rien de remarquable. Il fut lié de la manière et dans le temps ordinaires. L'enfant était à terme, pas très gros, mais bien proportionné, bien vivant, criant avec force et non pléthorique. Toutes ses fonctions paraissaient à l'état normal, le méconium avait été expulsé quelques heures après l'accouchement à la suite d'une cuillerée à café d'huile de ricin. L'enfant avait ensuite pris quelque repos, puis avait tété avec avidité. Rien en un mot ne pouvait faire supposer un accident quelconque lorsque la garde s'aperçut en changeant son linge qu'un reste de méconium était mélangé avec une certaine quantité de sang. Deux heures après l'enfant rendit une deuxième selle abondante de sang pur, liquide et mêlé à des caillots. A 1 heure de l'après-midi troisième selle sanglante riche en cruor. C'est alors que nous fûmes appelés. Lorsque nous examinâmes le petit malade, nous le trouvâmes d'une pâleur mortelle. La garde nous dit qu'il avait beaucoup changé. Son pouls était imperceptible, ses jambes et ses bras froids, ses yeux étaient habituellement fermés ainsi que sa bouche.

Il ne pouvait ni ne voulait rien avaler, cependant la motilité était conservée ainsi que le cri. Le ventre était souple, non tuméfié, la pression ne paraissait pas douloureuse, il n'y avait ni vomissements ni renvois. La bouche, examinée après abaissement forcé des mâchoires, n'offrait aucune lésion, il n'y avait pas de symptômes nerveux. Nous fîmes appliquer sur le ventre des compresses trempées dans du vinaigre froid, tandis que les extrémités étaient enveloppées dans des flanelles chaudes. Nous prescrivîmes des lavements avec douze grains d'extrait de ratanhia, ils furent presque immédiatement rendus, accompagnés d'une certaine quantité de sang. A 4 heures de l'après-midi l'enfant est dans le même état ; nous le voyons avec le Dr Maunoir et nous prescrivons l'application sur le ventre de compresses trempées dans une forte décoction de ratanhia (deux onces pour une livre) et des lavements avec douze grains d'extrait. Ils sont comme les précédents presqu'aussitôt rejetés et suivis d'une abondante hémorragie de sang liquide et coagulé. La sixième selle sanguinée a lieu à 6 heures du soir, on se contente alors d'appliquer des compresses. Le pouls est un peu relevé à 120. L'enfant a un très léger tremblement des mains et une oscillation des globes oculaires, mais pas de convulsions proprement dites ; le ventre n'est point ballonné. De 10 heures du soir au 31 au matin, on lui fait prendre de huit à dix cuillerées de lait froid qui passent bien. A 8 heures du matin, on le met au sein, il saisit facilement le mamelon et à plusieurs reprises. Le pouls est régulier et bien senti. A midi, deux selles abondantes, verdâtres, ne contenant ni sang, ni caséum.

A 1 heure, le facies est bon, le teint très pâle, le pouls bien senti à 140; il tette facilement et avidement. Le tremblement des bras et l'oscillation des yeux ont disparu, mais l'amaigrissement est considérable et les chairs sont flasques.

Le 8 février à 8 heures du matin, il rend deux selles jaunâtres; pendant la nuit, il avait tété à plusieurs reprises pendant deux ou trois minutes: le pouls est petit, mais les cris sont énergiques et les mouvements annoncent de la vie. Sa figure est amoindrie, elle a une teinte jaune caractéristique des hémorragies. Le ventre ne présente aucun symptôme notable, sauf une matité splénique de trois travers de doigt.

Ce jour-là, la guérison pouvait être considérée comme assurée et, en effet, elle s'est soutenue. L'enfant a rapidement prospéré, les fonctions digestives s'exécutant normalement; mais la pâleur a persisté pendant longtemps. A l'âge de six semaines on l'a vacciné et la peau, bien qu'à peine écorchée par la lancette, a fourni une grande quantité de sang. Aujourd'hui, il a sept ans, il est bien portant, mais toujours pâle et un peu fluet.

Le premier enfant était encore dans un état alarmant, lorsqu'à 6 heures on vint nous chercher en toute hâte pour le second qui avait une hématémèse et qui, immédiatement après, avait rendu plusieurs selles de sang liquide mêlé de caillots et de couleur marronnée, couvrant les langes, et assez abondantes pour que nous ayons pu en remplir nos deux mains.

Nous lui fîmes donner des lavements de ratanhia, mais ils amenèrent comme chez son frère, des selles sanguines abondantes. Aussi nous nous contentâmes d'appliquer sur le

ventre des compresses froides trempées d'une décoction de ratanhia et d'envelopper les extrémités inférieures dans des flanelles imbibées dans une infusion aromatique chaude, etc.

L'enfant ne présenta plus d'hémorragies à partir du quatrième jour et se rétablit rapidement.

Pour les mêmes raisons invoquées par Vogel, le traitement des hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né par le froid semble illogique : dans une maladie qui s'accompagne d'une hypothermie parfois si considérable (34°5 dans notre observation n° 6), on ne conçoit pas le bénéfice que pourrait retirer l'enfant d'un nouvel abaissement de la température, abaissement qui devrait être très prononcé pour produire quelque effet sur l'hémorragie : les inconvénients vis-à-vis de l'état général du nouveau-né n'en sont que plus apparents. Si l'emploi de glace ou de boissons glacées à l'intérieur paraît plus logique, ces moyens n'en sont pas moins insuffisants pour assurer l'hémostase à eux seuls.

Saignée. — Vers 1780, Etlinger, Riedlin, Vogel, attribuèrent la production d'hémorragies intestinales à des causes traumatiques relevant d'un accouchement laborieux ; la compression subie déterminant une congestion des viscères abdominaux et des hémorragies viscérales.

Aussi, en conséquence logique, instituèrent-ils la saignée comme base du traitement de cette affection.

Cette thérapeutique eut une grande vogue jusqu'en

1850, et fut presque partout appliquée sans grandes modifications.

En 1827, Billard, mettant le melæna sur le compte d'une congestion intestinale locale, préconisait le traitement préventif suivant : « On ne saurait trop recommander aux accoucheurs, entre les mains desquels naissent des enfants que la longueur du travail a réduits à un état imminent d'asphyxie, de laisser couler une certaine quantité de sang par le cordon ombilical ; lorsque par oubli ou malgré cette précaution, les enfants sont évidemment pléthoriques, rien de plus rationnel pour arrêter l'hémorragie intestinale qui se produit que d'appliquer une ou deux sangsues à l'anus. »

En 1838, dans son *Traité philosophique de médecine pratique*, Gendrin attribue les hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né à la congestion de la muqueuse gastrique ; aussi prescrit-il « des saignées générales qui diminuent rapidement et d'une manière directe la quantité de sang qui circule dans les gros vaisseaux, et affaiblissent ainsi les forces de la circulation ».

Les résultats de cette médication ont été, semble-t-il, encore plus déplorables que les précédents : les 15 cas traités par Billard se sont tous terminés par la mort ; un anonyme suisse publie également 7 cas avec un seul succès.

Un tel traitement ne pouvait d'ailleurs conduire à un autre résultat, car :

1° Son premier effet est d'affaiblir considérablement

un enfant donc l'existence est déjà compromise ; il diminue encore la faible résistance que le nouveau-né offre à l'infection ;

2 Il occasionne en outre une aggravation des symptômes pâleur, hypothermie, dépression des fontanelles, etc. ;

3° Il prive l'enfant d'oxygène par diminution du champ d'hématose : d'où accélération des rythmes cardiaque et respiratoire, circonstances défavorables pour l'arrêt de l'hémorragie ;

4° Il est inefficace, car la tension artérielle diminue à peine et l'hémorragie recommence bientôt.

Cette médication ne tarda d'ailleurs pas à tomber dans un discrédit mérité et l'un de ses anciens adeptes, Gendrin, écrivait vers 1850 « qu'il faut éviter les saignées et opérer sur la peau des congestions dérivatrices à l'aide de ventouses sèches aux lombes ».

Actuellement, cette méthode est totalement abandonnée.

LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Perchlorure de fer. — J'ai déjà dit quelques mots du perchlorure de fer à propos d'une observation de Vogel (1792) relatée précédemment. Au début du XIX^e^ siècle, ce médicament eut une vogue considérable et fut fréquemment préconisé dans le traitement de l'affection qui nous occupe, avec assez peu de succès d'ailleurs.

Actuellement, on juge avec raison que les résultats acquis ne justifient pas les espérances que l'on avait fondées sur ce médicament. Si le perchlorure de fer est effectivement un coagulant et un hémostatique, il est aussi un caustique déterminant des eschares qui, en tombant, occasionnent de nouvelles hémorragies. En outre, s'il est administré par voie buccale, il se transforme dans l'estomac en protochlorure de fer dénué de toute propriété hémostatique.

Pour toutes ces raisons, le perchlorure de fer est complètement abandonné pour le traitement des hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés.

Eau de Rabel. — Vers 1830, Billard recommandait l'usage de quelques gouttes d'eau de Rabel, ou,

à défaut, d'acide nitrique ou de sirop de coings pour aciduler une boisson froide ou les lavements qu'il prescrivait en pareil cas.

Le pouvoir hémostatique, du reste très minime, de cette médication, devenait tout à fait illusoire par suite de la coagulation rapide du lait dans l'estomac de l'enfant, après l'action de l'acide sur la caséine ; d'où des vomissements et des mouvements péristaltiques de tout le tube digestif, prolongeant et aggravant l'hémorragie.

A la suite des mauvais résultats qu'elle procure, cette méthode a été complètement délaissée.

Astringents (*tanin*, *acide gallique*, *ratanhia*, *alun*). — Ces médicaments ont eu une faveur passagère au début du siècle dernier. Rilliet et Barthez, Grynfelt, Barral ont prescrit des potions et des lavements de ratanhia avec quelques guérisons ; nous en avons déjà rapporté deux observations ; l'acide gallique donna un succès à Raverty (1885) et un échec à Sawtell.

L'acide gallique et le ratanhia n'agissent que par le tanin qu'ils renferment en plus ou moins grande proportion ; si ce dernier possède une action styptique et astringente assez considérable, déterminant une coagulation de la fibrine par suite de son affinité pour tous les albuminoïdes, il semble établi que cette propriété ne soit que transitoire et soit suivie d'une vaso-dilatation temporaire ; de plus, s'il est employé en excès, il peut exercer sur les muqueuses une irri-

tation inflammatoire (Pouchet), c'est-à-dire juste le contraire de la thérapeutique recherchée.

Quant à l'alun, employé par Rahn Escher et par Dauchez avec des fortunes diverses, il a le désavantage d'être également caustique à dose élevée, et de toujours produire, même en petite quantité, des troubles digestifs et de la constipation.

Le Traité classique de Rilliet et Barthez nous résume d'une façon précise les divers traitements employés vers 1863. « On placera, disent ces auteurs, l'enfant dans un air vif fréquemment renouvelé, et tout en appliquant sur le ventre des compresses imbibées d'eau glacée ou plutôt un ballon de caoutchouc contenant de la glace concassée, on frictionnera les extrémités, on les réchauffera et au besoin on appliquera des sinapismes. Sans même que le pouls faiblisse et qu'il y ait menace de syncope, on fera prendre aussi souvent que possible à l'enfant quelques gouttes d'eau-de-vie ou de rhum dans une cuillerée à café d'eau ou de lait de la nourrice, ou bien on lui donnera tous les quarts d'heure, pour commencer, une cuillerée à café de vin d'Espagne ; on éloignera ensuite les doses.

« Ces boissons seront glacées. La liqueur d'Hoffmann, l'hydrolat de cannelle, le musc et d'autres médicaments hémostatiques ou stimulants peuvent être employés aussi. Tel est le traitement d'urgence et de beaucoup le plus efficace. Il répond aux deux indications principales qui s'imposent en utilisant l'action à la fois hémostatique et stimulante de l'al-

cool. On a mis également en réquisition les divers astringents : perchlorure de fer V gouttes tous les quarts d'heure dans une cuillerée à café d'eau, extrait de ratanhia, à la dose de 2 à 4 grammes dans 60 grammes de véhicule, mélange dont on donne une cuillerée à café toutes les dix minutes d'abord, puis à distance plus longue : azotate d'argent à la dose de 0 gr. 01 en solution dans la même quantité d'eau distillée : essence de térébenthine à la dose de V à VI gouttes toutes les heures ; en même temps on alimentera l'enfant avec quelques cuillerées de lait de femme froid et en le mettant au sein dès que ses forces le permettront, avant même que l'hémorragie soit complètement arrêtée. Il va sans dire que le biberon doit être proscrit. Si les symptômes d'anémie survivaient à la perte sanguine, il faudrait soumettre l'enfant et sa nourrice à un traitement ferrugineux un peu prolongé ».

La valeur de ces médications a été bientôt contestée ; déjà, en 1850, Gendrin ne leur accordait qu'une douteuse action topique sur la muqueuse de l'estomac « action annulée par leur mélange avec le sang et le mucus sanguinolent revêtant la surface interne de ce viscère ». De nos jours, cette thérapeutique n'est plus guère employée ; et la proportion des succès qu'elle procure n'est nullement comparable avec les résultats des méthodes vraiment modernes de traitement des hémorragies que nous étudions.

Ergot de seigle. Ergotine. — Au moment de la

grande vogue de l'ergot de seigle contre les hémorragies obstétricales, il était logique d'essayer la valeur de ce médicament dans les hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né.

En 1869, Fleichmann prescrit des doses fractionnées d'ergot de seigle sans succès.

Plus tard, Rémy, Barozzi, Hermary, Costinesco préconisent des injections sous-cutanées d'ergotine (en moyenne un demi-centimètre cube d'ergotine Yvon) et obtiennent quelques guérisons ; mais la proportion d'échecs indiscutables et d'accidents graves dans quelques cas est trop forte pour que cette méthode puisse être encore conseillée.

L'injection hypodermique d'ergotine entraîne une vaso-construction capillaire des plus énergiques avec dilatation veineuse et augmentation de la tension artérielle. Cet ensemble de phénomènes détermine un ralentissement de la circulation, favorable sans doute à la formation du caillot, mais produisant l'anémiation de la moelle, consécutivement au rétrécissement du calibre des vaisseaux (Brown-Séquard). Cette anémie des centres nerveux résulte d'ailleurs à la fois tant de l'insuffisance de l'irrigation sanguine que de la diminution de la fréquence et de l'énergie du myocarde, et entraîne entre autres conséquences un abaissement de la température parfois assez considérable.

De plus, l'ergotine produit souvent des vomissements et il faut se méfier des phénomènes d'er-

golisme toujours possibles chez des enfants aussi affaiblis.

De ce qui précède, il semble donc que cette méthode ne puisse continuer à être préconisée. Comme les précédentes, elle est abandonnée au profit des méthodes modernes de traitement des hémorragies infectieuses, dont nous faisons conventionnellement un chapitre à part et dont nous allons nous occuper maintenant.

LES TRAITEMENTS MODERNES

Sérums sanguins. — A la suite des travaux de P.-E. Weill sur l'emploi du sérum sanguin frais contre les hémorragies, plusieurs auteurs essayèrent d'appliquer cette méthode au traitement de l'affection qui nous occupe. Rappelons que le principe de cette thérapeutique est basé sur ce fait que l'addition de sérum sanguin frais augmente la coagubilité du sang lorsque celle-ci est diminuée.

Le sérum humain frais, du père ou de la mère, recueilli par séparation d'avec le caillot, a été utilisé par Welsch en injection sous-cutanée ; 12 cas traités ainsi lui valurent douze guérisons.

La transfusion du sang a été usitée avec succès en Amérique par Brewer et Carrel, Newer, Bernheim, etc., cinq guérisons furent obtenues sur 5 cas traités.

Si ces méthodes ont rapporté de si beaux succès à leurs auteurs, leur instrumentation compliquée, leur technique difficile et l'habileté qu'elles nécessitent, surtout avec le nouveau-né, les mettront pour longtemps encore hors de la portée des praticiens.

Le sérum de cheval a été, lui aussi, assez fréquemment utilisé.

En Allemagne, Reinach s'est adressé au sérum frais et a exposé en détail, dans la *Münchener medicinische Wochenschrift* (15 mai 1896), les résultats obtenus : sur 18 cas traités de cette manière, il eut 3 décès ; en outre, trois enfants présentèrent de l'albuminurie massive et deux autres eurent des érythèmes étendus avec symptômes généraux graves. Effrayé par cette série d'accidents, Reinach déclara renoncer à une méthode aussi dangereuse.

Enfin, le sérum antidiphtérique, c'est-à-dire du sérum de cheval à peine modifié, a été utilisé par plusieurs expérimentateurs :

Corpechot, en 1910, l'a appliqué avec succès dans un cas de melæna avec hématémèse : deux injections de 5 centimètres cubes amenèrent la guérison.

En 1913, Lusseau, dans sa thèse, rapporte 10 observations d'hémorragies intestinales des nouveau-nés traitées par des injections de 20 centimètres cubes en moyenne de sérum de Roux : il y eut 9 guérisons et 1 décès.

Sans contester ces résultats, nous ferons simplement remarquer la possibilité d'accidents sériques, toujours graves chez les enfants et en particulier chez les nouveau-nés, et le danger de phénomènes d'anaphylaxie lors d'une diphtérie possible de la première enfance. Quelque efficace que soit cette méthode, nous n'hésitons pas à lui préférer celle en vigueur

à la Clinique Tarnier et que nous allons décrire plus loin.

Extrait capsulaire surrénal. Adrénaline. — Dès la découverte des propriétés hémostatiques de l'extrait capsulaire surrénal en 1902 par Takamine, les accoucheurs ne manquèrent pas d'essayer la nouvelle médication contre les hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés.

Ce fut Emmet Holt qui, la même année, traita un enfant de 4.500 grammes pris d'hématémèse et de melæna très abondants, au moyen d'extrait saccharolé de capsule surrénale à la dose de un grain (0 gr. 065) en solution dans l'eau, toutes les deux heures ; six grains amenèrent la guérison définitive de l'enfant.

A la suite de ce premier succès, les observations se multiplièrent.

En 1905, Lequeux obtint deux guérisons remarquables, l'une au moyen d'injections intra-musculaires de 1 centimètre cube d'extrait surrénal Carrion, l'autre au moyen de quelques gouttes de la solution au millième, par voie buccale.

En 1907, Champetier de Ribes et Senlecq publièrent 3 cas de melæna traités avec succès par des injections sous-cutanées, des lavements et des potions à base d'adrénaline au millième. Les doses variaient entre III et IV gouttes par injection sous-cutanée, V à XV gouttes en lavements et VI à XL gouttes par voie gastrique.

En 1912, Vallois rapporte dans *le Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris* 3 observations d'hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né avec traitement par ingestion de gouttes de la solution d'adrénaline au millième : il eut 2 guérisons et 1 mort.

Il n'est pas discutable que l'emploi de l'adrénaline ait procuré de très beaux succès : son action vasoconstrictive remarquable a été parfois suffisamment prolongée pour donner au caillot le temps de se former et d'obturer ainsi la source de l'hémorragie. Le traitement par l'adrénaline apparaît d'autant plus rationnel dans les hémorragies du nouveau-né, qu'il n'est pas rare de trouver dans ce cas des capsules surrénales en partie détruites.

Mais, à notre avis, il convient de se méfier d'un médicament aussi énergique : si nous n'avons pu retrouver chez le nouveau-né aucun cas de mort positivement dû à l'adrénaline, il faut se rappeler que la dose mortelle en injection sous-cutanée est, pour le cobaye, de 0 gr. 0004 par kilogramme (Rénon). Abstraction faite des susceptibilités propres à chaque espèce animale, une piqûre de 1 centimètre cube de la solution au millième chez un nouveau-né de 3 kilogrammes se rapprocherait donc de la dose mortelle.

Chez l'adulte, la mort peut survenir parfois subitement, plus souvent en quelques jours par œdème aigu du poumon, albuminurie avec cylindres épithéliaux et perte de connaissance. Enfin, les injections sous-cutanées d'adrénaline ont fréquemment

occasionné des eschares dues à l'ischémie de la zone injectée.

En résumé, il nous semble que les avantages retirés de cette méthode sont trop minimes en regard de la gravité des accidents qui peuvent survenir.

Aussi, sans contester les succès obtenus par cette thérapeutique et celle des sérums sanguins, nous nous bornerons à rapporter les faits que nous avons observés.

Le traitement tel qu'il est employé à la Clinique Tarnier, et quelles que soient les considérations théoriques auxquelles on peut avoir recours pour l'expliquer, donne d'excellents résultats, supérieurs il nous semble, à ceux des autres méthodes. C'est ce seul point que nous voulons mettre en lumière dans notre thèse.

Chlorure de calcium. — Arthus et Pagès, puis Wright ont démontré l'action des sels de calcium sur la coagulation du sang. Tandis qu'un sang privé de sels de calcium est presque incoagulable, l'addition d'une petite quantité de sel de calcium détermine une augmentation notable de la coagubilité. De plus, le chlorure de calcium présente l'avantage d'être sans influence nocive sur le tube digestif et d'être facilement absorbé par la voie gastro-intestinale.

Dans le traitement des hémorragies digestives du nouveau-né où la coagubilité du sang est toujours

diminuée (Lequeux), il est donc logique de se servir d'une pareille médication.

Parry (1898) rapporte un cas de melæna au quatrième jour traité uniquement par le chlorure de calcium à doses répétées : 160 grains (9 gr. 60) en trois jours. L'enfant guérit.

Guérin-Valmale (1909) obtint aussi un succès en donnant à son petit malade 1 gramme de chlorure de calcium par jour.

Sans vouloir discuter ces succès, nous pensons que l'emploi exclusif de ce médicament, pour lequel se fait une accoutumance rapide, nous semble insuffisant pour amener, à lui seul, constamment la guérison. L'expérience acquise à la Clinique Tarnier a montré l'efficacité de ce médicament lorsqu'il est employé concurremment avec le sérum gélatiné : nous en rapportons plus loin les excellents effets.

Gélatine. Sérum gélatiné. — L'action coagulante de la gélatine a été découverte par Dastre et Floresco en 1896; le mécanisme en a été fort discuté et paraît dû à l'acidité normale de cette substance (Gley et Camus), ou plutôt à la présence constante de chlorure de calcium (Carnot). Quoi qu'il en soit, la gélatine, avec ses autres propriétés de viscosité et d'adhérence moléculaire, favorise le processus de réparation vasculaire et constitue par là même un hémostatique de tout premier ordre.

Ce fut Guttmann, d'Emmendigen, qui, en 1900, se trouvant en présence d'un enfant âgé de trente-

six heures et baignant littéralement dans son sang, songea à employer la gélatine « connaissant l'inefficacité des moyens classiques préconisés en pareil cas ». Il fit dissoudre trois feuilles de gélatine dans un quart de litre d'eau chaude ; la moitié de cette solution fut administrée sous forme de lavement et l'autre moitié donnée par cuillerées à café par la voie stomacale. L'enfant guérit dès le lendemain.

En 1901, Commandeur traita avec succès 2 cas de melæna au deuxième jour avec symptômes généraux graves, par des injections intra-rectales de 8 centimètres cubes de sérum gélatiné.

En 1906, Pensuti préconise des injections intramusculaires de 3 centimètres cubes de solution à 3 o/o de gélatine, additionnée de quelques centigrammes d'acide phénique, pour assurer la stérilité de la solution ; pratique éminemment dangereuse chez le nouveau-né, et qui ne se généralisa heureusement pas.

En 1909, de Teyssier (de Toulon) guérit un cas de melæna grave du nouveau-né par l'administration par la voie buccale de sérum gélatiné à 10 o/o ; les doses furent de 4 grammes pour les deux premiers jours, et de 1 gramme pour le troisième et le dernier jour de traitement.

En 1911, Vidal rapporte dans sa thèse un cas de melæna traité avec succès à la Clinique Tarnier par des injections de sérum gélatiné.

Nous rapportons à la fin de ce travail 10 observations d'hémorragies gastro-intestinales qui, toutes

traitées par des injections de sérum gélatiné, ont procuré des guérisons constantes et durables ; cette médication n'a jamais failli à ce que l'on attendait d'elle.

A la suite de cas de tétanos observés après des injections de sérum gélatiné (Kühn, Bruchet), ce médicament fut l'objet de vives critiques qui servirent de bases au mémoire de Chauffard à l'Académie de Médecine : le sérum gélatiné, a-t-on dit, est un milieu de culture excellent pour le bacille de Nicolaïer ; et l'origine souvent suspectes des gélatines du commerce, recueillies parmi certains déchets animaux, justifie dans une certaine mesure l'appréhension que l'on peut avoir à se servir de ce médicament.

Qu'il nous suffise de dire, avec le professeur Gérard, en conformité des conclusions votées par l'Académie, qu'une stérilisation rigoureuse à l'autoclave à 120 degrés pendant trente minutes, permet d'obtenir un produit d'une innocuité absolue. Et, de fait, depuis que la stérilisation du sérum gélatiné est convenablement effectuée, aucun cas de tétanos ne s'est reproduit.

Nous nous trouvons donc en face d'un hémostatique de grande valeur, sans aucun danger, qui, ainsi que nous le verrons plus loin, a toujours donné les meilleurs résultats.

Le traitement ainsi institué à la Clinique Tarnier est le suivant :

Sitôt le diagnostic d'hémorragie gastro-intestinale établi, l'enfant est soumis au traitement.

On pratique dans la région scapulaire une injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes de sérum gélatiné convenablement stérilisé. Cette injection, quotidienne, est renouvelée chaque jour où l'enfant saigne.

On fait ingérer au nouveau-né par cuillerées à café toutes les deux heures, 1 à 2 grammes de chlorure de calcium par jour, en potion au 1/100.

Ce traitement est mis en vigueur pendant toute la durée des hémorragies ; l'ingestion de chlorure de calcium peut être continuée un ou deux jours après la disparition des hématémèses et du melæna.

Toute alimentation est supprimée durant les accidents ; on ne donne à l'enfant que quelques cuillerées à café d'eau bouillie toutes les deux heures pour calmer la soif, conséquence de l'hémorragie.

Le refroidissement du nouveau-né est combattu au moyen de cruchons d'eau et d'une température de 18 degrés de la pièce où il se trouve.

Enfin, après la cessation des hémorragies, l'alimentation est reprise prudemment et progressivement : l'allaitement au sein, par une bonne nourrice, est absolument nécessaire après une aussi grave maladie.

Traitement antisyphilitique. — Enfin, pour terminer, disons que si l'on peut dépister la syphilis chez l'enfant atteint d'hémorragie gastro-intestinale,

il faut immédiatement le mettre au traitement spécifique.

La recherche de la syphilis dans ces cas est le plus souvent négative et rares sont les observations probantes publiées sur ce sujet. Cependant, nous avons retrouvé une fort intéressante relation due à M. Lepage (1893), d'un nouveau-né issu de parents syphilitiques, qui avait un vomissement de sang plus ou moins digéré dix minutes après chaque tétée ; en raison des antécédents, M. Lepage prescrivit des frictions hydrargyriques qui amenèrent bientôt, à elles seules, la disparition des accidents.

A la Clinique Tarnier, tout enfant ayant des hémorragies gastro-intestinales est traité comme précédemment, à moins que nous ne le sachions syphilitique : on lui fait alors les deux traitements à la fois, spécifique et hémostatique.

De même, quand l'enfant ne réagit pas immédiatement au traitement par le sérum gélatiné et le chlorure de calcium, on le met d'office au traitement antisyphilitique.

A la Clinique Tarnier, on tend à délaisser les frictions mercurielles pour les injections arsenicales intra-veineuses qui ont une action beaucoup plus rapide, sinon plus efficace. L'usage des injections d'arsenobenzol a été complètement abandonné à la suite d'accidents très graves survenus lors du traitement d'enfants hérédo-syphilitiques. Mais, si l'on a délaissé le 606, on a volontiers recours à des injections intra-veineuses de luargol, sulfate de dioxydiamido-

arsenobenzol stibico-argentique, à la dose de 2 à 3 centigrammes ; l'injection se pratique, après dénudation, dans une des veines du pli du coude, au moyen d'une seringue de Pravaz de 1 centimètre cube ; elle nécessite une certaine habileté, mais n'est pas impossible.

Nous relatons plus loin (obs. X) l'histoire d'un cas de melæna où l'action thérapeutique du sérum gélatiné se faisant attendre et où les antécédents héréditaires étant suspects de syphilis, M. le professeur Paul Bar prescrivit le traitement spécifique par le luargol : les résultats furent excellents et l'enfant guérit.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Dr Funck-Brentano, accoucheur des hôpitaux.)

Mme M..., vingt ans, primipare.

Antécédents pathologiques à peu près nuls.

Pas de spécificité héréditaire ou acquise.

Bassin normal ; urines normales.

Dernières règles le 27 juillet 1915. La grossesse normale s'est écoulée sans incident.

9 mai 1916. — A 22 h. 15, accouchement spontané très facile, par le sommet, dégagement en O. P. ; mise au monde d'un garçon de 4.000 grammes normalement constitué et vigoureux, criant bien dès la naissance.

Délivrance naturelle et complète sans particularité.

10 mai (premier jour). — Poids 3.900 grammes. L'enfant a passé une nuit calme et a commencé à rendre son méconium. Il présente une teinte légèrement cyanosée. Bain chaud et friction.

11 mai (deuxième jour). — Poids 3.850 grammes. L'enfant, toujours violacé, paraît depuis ce matin un peu abattu. Il

continue à rendre son méconium. On lui donne un peu d'eau sucrée.

Bain chaud et friction pour le stimuler.

12 mai (troisième jour). — Poids 3.650 grammes. L'enfant est toujours déprimé : le matin on lui donne de l'eau sucrée ; le soir on commence l'allaitement au biberon en attendant l'arrivée de la nourrice qui vient d'Italie. Il prend 120 gr. de lait humanisé en trois tétées. Vers 16 heures l'œil gauche présente un écoulement citrin, clair et liquide, ressemblant à du sérum sanguin. On pratique une instillation de I goutte de nitrate d'argent au 1/150.

13 mai (quatrième jour). — Poids 3.550 grammes. Malgré les bains et les frictions, l'enfant reste toujours dans l'état de torpeur qu'il présente depuis la naissance.

L'écoulement de l'œil persiste jusqu'à 16 heures. Il se fait ensuite par les deux narines sous forme du même suintement jaunâtre, clair et non purulent Les selles sont très fétides et noires, ressemblant à du goudron : c'est la première apparition de melæna.

14 mai (cinquième jour). — Poids 3.500 grammes. L'écoulement nasal a persisté toute la nuit et l'enfant a dégluti fréquemment le liquide jaunâtre qui tombait dans le pharynx.

A 8 heures du matin, on s'aperçoit que tout le corps de l'enfant présente des taches bleuâtres qui sont plus étendues en certaines régions, fesses, parties inférieure et postérieure du tronc : ce sont les ecchymoses sous-cutanées qui, durant toute la matinée, se multiplient et s'agrandissent au point de devenir confluentes. Le facies de l'enfant est pâle, grisâtre; les traits sont tirés, le nez est pincé, le cri est faible et voilé. Depuis sa naissance l'enfant a perdu 500 grammes, la tempé-

rature est tombée à 35°8; tout semble faire prévoir une issue fatale à brève échéance.

Sur la demande de M. Funck-Brentano, M. le professeur Bar vient en consultation à 15 heures et trouve l'enfant dans un état si alarmant que sa première impression est extrêmement défavorable; néanmoins, il prescrit le traitement dont il use en pareil cas, à base de chlorure de calcium et de sérum gélatiné.

Ce traitement est immédiatement mis en pratique, et à 16 h. 45, M. Funck-Brentano pratique une injection hypodermique de 20 centimètres cubes de sérum gélatiné.

Vers 17 heures, l'écoulement jaunâtre nasal est remplacé par une légère épistaxis. Température 36°7.

A 17 h. 20, deux cuillerées à café de chlorure de calcium au 1/100.

A 20 h. 30, deux cuillerées à café de chlorure de calcium au 1/100.

A 22 heures, bain chaud ; friction légère à sec.

A partir de ce moment, l'enfant est mis au sein d'une nourrice italienne qui vient d'arriver. Il a tété difficilement, 100 grammes environ. La melæna a persisté toute la journée sous forme de matières noirâtres et poisseuses. Les taches ecchymotiques ont augmenté de nombre et de volume, leur coloration s'est foncée et en certains endroits est devenue lie de vin ; à la fin de la journée, la confluence de certaines produisait de grands placards ecchymotiques sur le tronc de l'enfant.

15 mai (sixième jour). — Poids 3.400 grammes. Les taches ne semblent pas s'être multipliées.

A 7 h. 30, température 37 degrés. Deux cuillerées à café de chlorure de calcium.

A 9 h. 30, injection hypodermique de 20 centimètres cubes de sérum gélatiné.

A 10 h. 30, deux cuillerées à café de chlorure de calcium. Bain chaud.

A 13 h. 30, deux cuillerées à café de chlorure de calcium.

A 17 heures, température 37° 1.

A 19 heures, deux cuillerées à café de chlorure de calcium.

A 22 heures, deux cuillerées à café de chlorure de calcium. Bain chaud.

L'enfant a pris 240 gr. de lait de nourrice en sept tétées.

Le melæna ne s'est pas reproduit.

16 mai (septième jour). — Poids 3.360 grammes. État général meilleur ; les taches ecchymotiques commencent à pâlir et à disparaître progressivement.

Température le matin 36° 8 ; le soir 36° 9. Sept tétées procurent à l'enfant 285 grammes de lait ; quatre fois dans la journée on lui donne deux cuillerées à café de chlorure de calcium.

17 mai (huitième jour). — Poids 3.410 grammes.

Les taches continuent à disparaître ; le teint est meilleur, et l'enfant reprend visiblement ; la pesée quotidienne accuse un gain de 50 grammes, après une diminution de poids qui a atteint 650 grammes jusqu'à hier. Malgré ces symptômes favorables, on donne encore deux fois du chlorure de calcium dans la journée.

18 mai (neuvième jour). — Poids 3.470 grammes.

L'enfant va de mieux en mieux ; il prend bien le sein et augmente son poids de 60 grammes dans la journée. Les taches s'effacent de plus en plus.

19 mai (dixième jour). — Poids 3.470 grammes,

Les taches ont complètement disparu et l'enfant va aussi bien que possible. La chute du cordon se produit sans accident.

Les jours suivants l'enfant a continué à se bien porter.

Il a été revu en bonne santé à l'âge de trois mois.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Dr Funck-Brentano, accoucheur des hôpitaux.)

Mme Ch..., trente-deux ans, III-pare.

1° avril 1911. — Avortement de trois mois.

2° mai 1912. — Accouchement à terme d'un garçon de 4.450 grammes extrait par le forceps.

3° Grossesse actuelle. Début probable vers le 20 novembre 1915.

7 août 1916. — A 4 heures du matin, accouchement à terme d'une fille de 3.700 grammes. L'accouchement se fait normalement et rapidement par le sommet après dégagement en O. P.

Délivrance naturelle et complète ne présentant rien de particulier.

L'enfant expulse du méconium dans la journée.

8 août (premier jour). — Vers 2 heures du matin, on recueille sur l'oreiller de l'enfant deux cuillerées à café de sang noirâtre en partie coagulé. L'enfant continue à rendre son méconium.

9 août (deuxième jour). — Température le matin 38° 4.

Dans la journée, l'enfant a une hématémèse noirâtre et trois selles melæniques, noires comme de la suie : il paraît affaibli et crie plaintivement.

M. Funck-Brentano institue aussitôt le traitement. Il pratique une injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes de sérum gélatiné et prescrit deux cuillerées à café de la potion au chlorure de calcium au 1/100 toutes les trois heures.

Dans la soirée, la température de l'enfant monte à 39°1. On commence l'allaitement au sein maternel.

10 août (troisième jour). — Température le matin 38°8.

L'enfant a encore eu du melœna : trois selles constituées par des matières noirâtres, goudronneuses ; son état général s'altère, son poids est tombé à 3.290 grammes (perte de 410 grammes depuis la naissance).

Le traitement est continué comme la veille :

Deuxième injection de 20 centimètres cubes de sérum gélatiné.

Deux cuillerées à café de chlorure de calcium au 1/100.

Température le soir 38°,8.

11 août (quatrième jour). — L'enfant a passé une nuit calme et paraît moins déprimé : il a repris un peu de poids et pèse actuellement 3.430 grammes. Sa température est tombée à 37°1 le matin et 37°1 le soir.

Il n'a eu que deux fois du melœna dans la journée, sans hématémèse, ni éruption sous-cutanée. Aussi, ne pratique-t-on pas d'injection de sérum gélatiné ; on continue la potion de chlorure de calcium à la même dose que précédemment.

12 août (cinquième jour). — Une seule selle melænique. L'enfant est en bon état maintenant, et prend bien le sein.

On supprime tout traitement à partir de ce moment.

Les jours suivants, l'enfant a évolué normalement ; il a présenté un peu d'érythème fessier vers le douzième jour ; cette éruption, traitée par une alimentation restreinte, a disparu le vingtième jour. A cette époque, l'enfant allait bien et avait repris son poids à la naissance, soit 3.700 grammes.

OBSERVATION III

Mme G..., vingt-trois ans, II-pare.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel.

1° En 1907, accouchement prématuré à huit mois, d'un garçon. Hémorragie de la délivrance.

2° Grossesse actuelle. Dernières règles, 10 septembre 1910. Le 18 juin 1911, à 9 h. 30, accouchement spontané, par le sommet, d'une fille vivante de 3.380 grammes, après un travail normal.

A 10 h. 20, délivrance naturelle et complète pesant 780 grammes.

19 juin (premier jour). — La journée se passe sans incident.

A 19 heures, l'enfant commence à rendre du melæna, et des hématémèses abondantes de sang noir.

M. le professeur Bar fait pratiquer immédiatement une injection de 20 centimètres cubes de sérum gélatiné dans la région scapulaire, et ordonne une cuillerée à café de la solution de chlorure de calcium au 1/100 toutes les deux heures.

20 juin (deuxième jour). — L'enfant a le teint terreux, grisâtre ; le facies est altéré ; son poids est tombé à 3.010 gr. Il présente quelques suffusions sanguines sous-cutanées, au

front en particulier. Sa température, qui était de 37°5 le matin, tombe à 36°6 le soir. L'examen du sang, pratiqué par M. Devraigne, montre :

Globules blancs.....	22.400
Hématies.....	2.960.000
Hémoglobine.....	6 (hémoglob. de Malassez).

Le melæna continue, mais il est déjà moins abondant ; les hématémèses ne se sont plus reproduites.

On fait 10 centimètres cubes de sérum gélatiné et 20 centimètres cubes de sérum physiologique pour compenser l'hémorragie. On continue la potion au chlorure de calcium aux mêmes doses : 1 cuillerée à café toutes les deux heures.

L'enfant n'a eu comme alimentation que quelques cuillerées d'eau bouillie.

21 juin (troisième jour). — On ne trouve plus que quelques traces de sang dans les selles, qui sont normales par ailleurs. Néanmoins on pratique encore 10 centimètres cubes de sérum gélatiné et on continue la potion au chlorure de calcium.

On commence l'alimentation au sein, vers la fin de la journée.

22 juin (quatrième jour). — Pas de nouvelles selles sanglantes ; l'enfant a déjà meilleur aspect et n'a plus le facies altéré du début de sa maladie.

25 juin (septième jour). — L'enfant n'a pas saigné depuis le 21 juin ; état général bien meilleur, le poids commence à remonter légèrement.

L'examen du sang, pratiqué par M. Devraigne, montre :

Globules blancs.....	28.000
Hématies.....	4.506.000
Hémoglobine.....	10 (hémoglob. de Malassez).

29 juin (onzième jour). — La santé de l'enfant s'est maintenue en bon état jusqu'à ce jour ; il prend bien le sein maternel et son poids augmente régulièrement.

Il sort de la Clinique en bon état.

OBSERVATION IV

Mme S..., vingt et un ans. I-pare.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel.

La recherche de la syphilis est négative.

31 janvier. — A minuit, accouchement à terme, chez une sage-femme agréée, d'une fille normalement constituée. Poids de l'enfant et du placenta inconnus.

3 février. — Au matin, on ramène l'enfant à la Clinique pour vomissements noirâtres et melæna.

La fillette, âgée de deux jours, présente un aspect extérieur bon et normal. Pas de distension de l'abdomen. Le foie ne paraît pas augmenté de volume ; la rate semble perceptible ; pas d'éruption cutanée.

L'enfant avait été mise au sein pour la première fois le 2. Aussitôt arrivée à la clinique, le bébé qui présente une température de 35°6 est mis en couveuse au régime hydrique. Dans la journée on lui donne cinq cuillerées à café de chlorure de calcium au 1/100 et on lui fait 20 centimètres cubes de sérum gélatiné.

L'enfant n'a pas présenté d'hématémèse jusqu'à 19 heures ; seulement une selle melænique. Vers 19 heures hématémèses très abondantes, constituées de sang noir et rouge.

4 février (troisième jour). — Le matin, au change, on trouve l'enfant baignée dans une masse de matières melæ-

niques semi-liquides. Elle a également vomi des matières sanguinolentes. Cependant l'état général ne paraît pas trop mauvais ; l'enfant a un peu pâli, pris une teinte subictérique, mais garde un bon aspect général.

Dans la journée, on refait 20 centimètres cubes de sérum gélatiné et on donne six cuillerées à café de la solution du chlorure de calcium. La température de l'enfant s'est relevée entre 37°4 le matin et 37 degrés le soir.

Les hématémèses ne se sont pas reproduites dans la journée. Les évacuations melæniques ont été peu abondantes.

5 février (cinquième jour). — L'enfant a eu des garde-robes jaunes mélangées, dans la journée, ne présentant pas de melæna. Elle n'a pas vomi, et a seulement régurgité un peu d'eau bouillie qu'on lui donnait à la cuiller.

On lui a donné encore six cuillerées à café de chlorure de calcium, et pratiqué, par précaution, sa troisième injection de 20 centimètres cubes de sérum gélatiné.

6 février (cinquième jour). — Les accidents hémorragiques ont complètement disparu ; aussi cesse-t-on le sérum gélatiné. On donne encore trois cuillerées à café de chlorure de calcium et on met l'enfant au sein.

8 février (septième jour). — L'enfant tette bien et a des selles normales. Sa courbe de poids croît d'une façon régulière.

Elle part le 17 février en excellent état.

OBSERVATION V

Mme B... vingt-huit ans, I-pare.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel.

Pas de syphilis.

Dernières règles du 29 avril au 2 mai 1912. La grossesse a évolué normalement.

A l'examen de la malade, on remarque un fibrome développé sur la face antérieure de l'utérus, de la grosseur d'un œuf de poule, légèrement pédiculé, à quatre travers de doigt de la symphyse, sur la ligne médiane.

Squelette normal. Ni œdème, ni albumine.

10 février. — Après un travail de vingt heures quarante, à la fin duquel les bruits du cœur deviennent irréguliers, la femme accouche d'une fille vivante de 2.700 grammes qui rend aussitôt du méconium.

Délivrance naturelle et complète pesant 480 grammes.

11 février (premier jour). — L'enfant continue à rendre son méconium et ne présente rien d'anormal.

12 février (deuxième jour). — En changeant l'enfant le matin, on trouve les couches baignant dans du melæna noirâtre et visqueux : tout autour on voit un halo rose clair.

Température 37°2. L'enfant paraît déprimé et crie plaintivement.

M. le professeur Bar prescrit immédiatement 20 centimètres cubes de sérum gélatiné et toutes les trois heures une cuillerée à café de la solution de chlorure de calcium au 1/100.

13 février (troisième jour). — L'enfant a meilleur aspect. Elle a repris légèrement du poids.

Au change, on constate que le melæna ne s'est plus reproduit : les garde-robes sont vert foncé, non fétides. Le soir, même situation.

On continue la potion au chlorure de calcium pendant la journée ; on ne pratique pas de nouvelle injection de sérum gélatiné.

Les jours suivants, la guérison ne s'est pas démentie et la courbe de poids de l'enfant a continué à croître régulièrement.

Elle part le 21 février, à l'âge de onze jours, en bon état.

OBSERVATION VI

Mme R..., vingt-trois ans, II-pare.

Aucun antécédent familial ou personnel.

En 1911, accouchement normal d'une fille née à terme, morte à deux ans et demi de méningite tuberculeuse.

Dernières règles du 5 au 10 mai 1914.

Accouchée et délivrée en ville chez une sage-femme agréée, le 11 février 1915.

L'accouchement, très facile et très normal, se fait par le sommet : naissance d'une fille vivante de 2.000 grammes. Délivrance naturelle et complète pesant 425 grammes.

13 février (deuxième jour). — L'enfant est ramenée dans le service parce qu'elle présente des hématémèses depuis le matin.

14 février (troisième jour). — Dans la nuit, l'enfant a rendu par la bouche du sang noirâtre en assez grande abondance. Les selles sont normales ; la température est de 36°2 le matin.

L'enfant est mise aussitôt au traitement : on lui pratique une injection de 15 centimètres cubes de sérum gélatiné dans la région scapulaire gauche et on lui donne dans la journée dix cuillerées à café de la solution de chlorure de calcium au 1/100.

De plus, vu son faible poids, elle est mise en couveuse.

Le soir la température est de 36°1.

État stationnaire.

15 février (quatrième jour). — L'enfant n'a pas rendu de sang ni par la bouche ni par l'anus. Les selles sont bien liées, vertes et fétides. L'état général s'est profondément altéré ; le facies est grisâtre, tiré, les fontanelles sont déprimées ; la température s'élève à 40°5. Aussi l'enfant est-elle montée à l'isolement.

On continue dans la journée le traitement par le chlorure de calcium, une cuillerée à café toutes les deux heures et l'on pratique une nouvelle injection de 15 centimètres cubes de sérum gélatiné.

Le soir l'état général est un peu moins mauvais, la température est tombée à 37°5.

16 et 17 février (cinquième et sixième jours). — Les selles sont toujours vertes, mais leur fétidité a disparu. Aucune hémorragie ne s'est reproduite, aussi n'a-t-on fait aucun traitement.

L'enfant reprend assez régulièrement son poids. Elle est cependant encore très faible ; elle est toujours maintenue à la couveuse, car sa température centrale, après la poussée hyperthermique du quatrième jour, vient de tomber à 34°5.

18 février (septième jour). — Les selles redeviennent jaunes et normales, aucune trace d'hémorragie.

Les jours suivants, le mieux s'accentue, la température remonte progressivement aux environs de 37 degrés ; l'enfant continue à augmenter, et aucun autre accident ne s'étant reproduit, elle quitte la Clinique le 26 février à son quinzième jour, pesant 2.150 grammes.

OBSERVATION VII

Mme G..., trente-deux ans, I-pare.

Aucune maladie antérieure.

La recherche de la syphilis est négative. Dernières règles du 5 au 10 novembre 1914.

2 septembre 1915. — Accouchement spontané, normal, d'un garçon vivant pesant 2.150 grammes.

Délivrance naturelle et complète pesant 400 grammes.

3 septembre (premier jour). — Au change du matin, on constate que les couches de l'enfant sont remplies de melæna se présentant sous forme de masses poisseuses, noirâtres, entourées d'un halo rosé.

On institue aussitôt le traitement usité en pareil cas à la Clinique : injection de 15 centimètres cubes de sérum gélatiné et, toutes les deux heures, une cuillerée à café de la solution de chlorure de calcium au 1/100.

4 septembre (deuxième jour). — Le melæna s'est reproduit durant la nuit. L'enfant est abattu, pâle et flasque ; la température est de 36°4. Le foie et la rate sont normaux.

On pratique une deuxième injection de sérum gélatiné et l'on continue la potion aux mêmes doses.

Dans la journée, nouvelle hémorragie intestinale peu abondante.

5 septembre (troisième jour). — Aucune hémorragie intestinale durant la nuit, les selles sont normales, jaunâtres et ne renfermant ni sang ni melæna. Poids de l'enfant: 1.925 grammes. Température 36°7. L'enfant est toujours déprimé, aussi fait-on une troisième injection de 15 centimètres cubes de sérum gélatiné et continue-t-on la potion au chlorure de calcium.

6 septembre (quatrième jour). — L'enfant n'a plus eu de melæna ; son état général est meilleur ; son facies n'est plus altéré et ses fontanelles ne sont plus déprimées. Aucun traitement pendant la journée, qui s'est ainsi passée sans incident.

Les jours suivants, l'enfant se maintient en bonne santé ; les hémorragies ne se reproduisent plus, son poids croît très régulièrement et il quitte la Clinique à son dix-neuvième jour, le 21 septembre, pesant 2.500 grammes.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

Madame C..., vingt-huit ans, II-pare.

Parents bien portants.

Aucune maladie à part la rougeole dans l'enfance. Aucun stigmate de syphilis.

Premier accouchement en 1910 d'une fille, vivante actuellement, n'ayant pas présenté de melæna dans les premiers jours de la vie.

Dernières règles du 1er au 6 mai 1915.

A été examinée à plusieurs reprises pendant son séjour au dortoir : urines normales, bassin normal. Utérus aux fosses côtes. Sommet en G. A. Enfant vivant. Le 15 février, à

10 h. 25, accouchement spontané et facile d'une fille vivante de 3.700 grammes après un travail de neuf heures.

Délivrance naturelle et complète pesant 480 grammes.

16 février (premier jour). — Dans la nuit, l'enfant a subitement une hématémèse abondante ; on la démaillote pour l'examiner ; l'on constate que les langes sont remplis de méconium mélangé à du melæna reconnaissable à l'auréole rose qui l'entoure.

On pratique à l'enfant une injection de 10 centimètres cubes de sérum physiologique renfermant I goutte d'adrénaline.

Dans la journée, perte de poids de 200 grammes.

17 février (deuxième jour). — Malgré la thérapeutique instituée hier, l'hémorragie ne s'est pas arrêtée : le melæna s'est reproduit dans la nuit et au réveil l'enfant a eu une nouvelle hématémèse. La fillette est très pâle, abattue et présente tous les signes généraux d'une hémorragie abondante.

Aussi essaie-t-on d'arrêter la marche des accidents en pratiquant deux injections de sérum gélatiné : 20 centimètres cubes le matin et 10 centimètres cubes le soir.

En outre, l'enfant prend par cuillerées à café 100 grammes de la potion de chlorure de calcium au 1/100, soit 1 gramme de principe actif.

18 février (troisième jour). — Le melæna a disparu, mais dans la matinée, l'enfant a eu une hématémèse plus abondante provenant vraisemblablement du reste du sang dégluti que contenait encore l'estomac. Son poids est tombé à 2.600, accusant ainsi une perte de 500 grammes depuis la naissance.

Malgré cela son état général s'améliore, le facies est un

peu meilleur, les téguments se recolorent et la température ne descend pas au-dessous de 36°5.

L'enfant tète bien; elle a pris aujourd'hui 140 grammes de lait de sa mère et de la nourrice.

19 février (quatrième jour). — Aucune hémorragie digestive ; état général stationnaire ; le poids est tombé à 2.510 grammes, en diminution de 560 grammes sur le poids de la naissance.

Les jours suivants, le mieux s'accentue ; le melæna et les hématémèses ne se sont plus reproduits. La courbe de poids indique une progression constante, quoique peu rapide. L'enfant renaît peu à peu à la vie et quitte la Clinique le 26 février 1916, à son onzième jour, pesant 2.780 grammes.

OBSERVATION IX (Personnelle)

Mme G..., vingt ans. I-pare.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de tuberculose à trente-deux ans.

Père tuberculeux à trente ans.

Onzième enfant de douze. Huit frères morts tuberculeux vers vingt ans.

Antécédents personnels. — Bronchite à trois ans.

Coqueluche à huit ans.

Scarlatine à quatorze ans.

Bronchite tous les hivers.

Santé relativement bonne jusqu'au début de la grossesse actuelle.

Réglée à dix-huit ans et demi, irrégulièrement. Aucun stigmate de syphilis.

Dernières règles : 1er juillet 1915.

Dès les premières semaines de sa grossesse, la malade s'est mise à tousser, se plaint du sueurs nocturnes, de crises de pseudo-asthme.

15 juillet. — Hémoptysie.

15 août. — Entrée à Laënnec pour crise d'asthme. Reste à l'hôpital jusqu'au 30 octobre.

Depuis cette époque, elle se porte relativement bien.

Les crachats qui ont été examinés à plusieurs reprises contiennent des pneumocoques. Pas de bacilles de Koch.

Le Wassermann est négatif.

Examen. — Assez bonne santé apparente. La malade dit avoir beaucoup maigri. Poids 55 kilos.

Poumons. — Lésions d'emphysème aux deux poumons, surtout marquées au poumon droit. Inspiration courte et soufflante. Expiration prolongée et sibilante. Au sommet droit on constate en outre des râles fins à la fin de l'inspiration.

Signes fonctionnels. — Sueurs nocturnes. Toux. Expectoration verdâtre. Amaigrissement progressif. Cœur normal.

Examen obstétrical. — Utérus aux fosses côtes. Enfant vivant en G. A. Sommet engagé. Bassin normal. Urines normales.

7 mai 1916, à 21 h. 30. — Accouchement à terme, normal, après un travail de quatre heures et demie, d'un enfant du sexe féminin pesant 2.700 grammes.

Délivrance naturelle et complète pesant 420 grammes.

Légère hémorragie suivant la délivrance facilement arrêtée par une piqûre d'ergotine.

8 mai (premier jour). — L'enfant rend normalement son méconium et ne présente rien d'anormal.

9 mai (deuxième jour). — Dans la nuit précédente l'enfant a eu du melæna très abondant. Elle est très pâle, flasque et abattue. M. le professeur Paul Bar ordonne une injection de 20 centimètres cubes de sérum gélatiné qui est immédiatement pratiquée dans la région scapulaire ; en outre, il prescrit deux cuillerées à café toutes les deux heures de la solution de chlorure de calcium au 1/100 : l'enfant absorbe ainsi 2 grammes de ce médicament. La diète Thydrique a été instituée.

Dans la journée, plusieurs selles melæniques ; dans la soirée, les selles étaient moins colorées de sang.

10 mai (troisième jour). — Au début de la nuit, melæna abondant. État général profondément altéré dénotant une abondante hémorragie : pâleur, refroidissement, prostration. Le traitement est continué de la même façon que la veille : deuxième injection de 20 centimètres cubes de sérum gélatiné et ingestion par cuillerées à café de 2 grammes de chlorure de calcium, en solution au 1/100.

L'alimentation est toujours suspendue ; l'enfant a pris seulement 60 grammes d'eau sucrée en plusieurs fois.

11 mai (quatrième jour). — Sous l'influence du traitement, le melæna ne s'est plus reproduit ; dans la nuit, l'enfant a eu une selle normale.

L'amélioration est très sensible ce matin, bien que le poids continue à décroître. Le facies est meilleur, les téguments ont perdu leur teinte cireuse, la température se maintient à 36°5.

L'allaitement est repris. L'enfant tette avidement.

A partir de ce moment, les hémorragies ne se reproduisent

plus et le mieux va s'accentuant tous les jours. L'enfant grossit très normalement et sort le 20 mai, à son treizième jour, pesant 2.650 grammes.

Le Wassermann pratiqué avec du sang du cordon avait donné un résultat négatif.

OBSERVATION X (Personnelle)

Mme C..., vingt-huit ans, I-pare.

Aucun antécédent héréditaire.

Rougeole dans l'enfance. Bronchite à vingt-sept ans.

Les dernières règles remontent au 10-15 août 1915.

Examen pratiqué le 29 mai 1915 :

A première vue, la femme donne l'impression d'une achondroplasique.

Le tronc est long, massif, bien conformé ; thorax bien développé.

La tête est volumineuse, le front saillant, olympien, dolichocéphalie, dentition assez bonne.

Le développement du tronc et de la tête fait contraste avec tous les membres qui sont raccourcis dans tous leurs segments, surtout dans leurs segments supérieurs (aux quatre membres).

Mesures. — Pubis : fourchette sternale : 60 centimètres.

Pubis : vertex : 82 centimètres.

Pubis : sol : 63 centimètres.

Membres inférieurs. – Épine iliaque antéro-supérieure, malléole externe : 70 centimètres.

Épine iliaque antéro-supérieure, interligne genou : 34 centimètres.

Interligne genou, malléole externe : 36 centimètres.

Membres supérieurs. — Acromion : olécrane : 26 centimètres.

Olécrane : tête métacarpiens : 28 centimètres.

Examen obstétrical. — Sommet engagé en O.I.G.A.

Bassin paraissant normal. Pas d'excès de liquide amniotique.

Tête fœtale extrêmement mal ossifiée.

La recherche de la syphilis est négative; cependant la femme dit avoir de fréquents maux de tête et de gorge. On ne trouve aucune trace de lésions cutanées. Réflexes normaux.

31 mai. — Vers 20 h. 30, ressentant des douleurs, elle est examinée et admise à la salle de travail.

Grossesse à terme. Sommet fixé en O.I.G.A. Membranes rompues, col dilatable comme un franc. Enfant vivant.

Les contractions sont assez régulières, peu violentes.

1er juin. — Vers 5 h. 30, la dilatation est complète, la tête en O.I.G.A.

Efforts expulsifs, peu énergiques. La tête tourne lentement. Les bruits du cœur sont bons.

A 8 heures, dégagement en O.P.

Naissance d'une fille vivante, bien constituée, du poids de 3.000 grammes.

A 8 h. 20, délivrance naturelle et complète, 490 grammes.

Le reste de la journée s'est passé normalement ; l'enfant a commencé à rendre son méconium.

2 juin (premier jour). — Nuit et matinée calmes.

A midi, brusquement, l'enfant a une hématémèse très abondante rendant des caillots de sang rouge, peu altéré.

Dans la journée, melæna (sang rouge) extrêmement abondant.

En présence de ces accidents, M. le professeur Paul Bar ordonne la diète, puis une injection de 20 centimètres cubes de sérum gélatiné ; en outre, on donne à l'enfant, par cuillerées à café, 2 grammes de chlorure de calcium sous forme de potion au 1/100.

3 juin (deuxième jour). — L'enfant est pâle, flasque, abattue. Sa température est de 36°4 le matin, de 36°3 le soir ; le melæna (rouge) persiste, très abondant, toute la journée jusqu'à 23 heures.

L'enfant est maintenue à la diète et le même traitement que la veille est de nouveau pratiqué : soit 20 centimètres cubes de sérum gélatiné et 2 grammes de chlorure de calcium.

Le poids actuel est de 2.700 grammes, soit une perte de 300 grammes en deux jours.

4 juin (troisième jour). — A 3 heures les couches sont encore teintées de sang, mais en faible quantité. L'état général de l'enfant est toujours aussi grave : elle est très déprimée, pâle et réagit faiblement aux excitations extérieures. La température tombe à 35°9 dans la journée.

Aussi continue-t-on le traitement : troisième injection de 20 centimètres cubes de sérum gélatiné et troisième potion au chlorure de calcium (2 gr.). En outre, pour compenser un peu l'hémorragie qui se produit presque continuellement, on pratique une injection de 40 centimètres cubes de sérum physiologique.

A 15 heures les couches sont encore colorées, mais ce n'est rien en comparaison de la veille.

5 juin (quatrième jour). — Dans la nuit, melæna très abondant ; à 5 heures nouvelle hémorragie anale de sang rouge.

L'enfant est pâle, très anémiée ; muqueuses décolorées. Elle est abattue et crie faiblement. Tout semble faire prévoir une issue fatale.

On constate une éruption de taches violacées sur le front ; une autre ecchymose sous-cutanée sur la plante du pied gauche.

En raison de la lenteur d'action du traitement par le sérum gélatiné, et des antécédents syphilitiques possibles, M. le professeur Paul Bar prescrit le traitement spécifique : une injection intra-veineuse de 15 milligrammes de luargol est pratiquée à 15 heures.

On fait également 20 centimètres cubes de sérum gélatiné et 30 centimètres cubes de sérum ordinaire ; en outre, l'enfant absorbe 1 gramme de chlorure de calcium.

6 juin (cinquième jour). — Etat général un peu meilleur. L'enfant paraît moins abattue ; elle a eu une selle sans melæna. L'éruption du front est en voie de disparition : les taches sont plus pâles, confluentes.

Dans la journée, le melæna ne se reproduit pas. Aussi le traitement est-il cessé et le sein est donné à l'enfant pour la première fois.

A 19 heures, elle prend 30 grammes.

A 22 heures, elle prend 35 grammes. Après cette tétée, une petite tache de sang dans les couches.

7 juin (sixième jour). — L'état général commence à devenir satisfaisant. L'enfant se recolore peu à peu.

Les taches violacées que l'on avait remarquées sur le front régressent peu à peu.

Aucun traitement.

Dans la journée, l'enfant à pris 140 grammes de lait maternel.

8 juin (septième jour). — Les hémorragies ne se sont pas reproduites. La santé de l'enfant continue à être bonne. Elle tette avidement et prend dans sa journée 95 grammes de lait de sa mère et 185 grammes de lait de nourrice.

Son poids est actuellement de 2.500 grammes, chiffre le plus bas auquel il soit descendu progressivement.

A partir de ce jour, l'état de santé de l'enfant ne laisse rien à désirer et le poids augmente très régulièrement. L'enfant sort à son treizième jour pesant 2.650 grammes.

Le Wassermann de la mère, pratiqué dans l'intervalle, avait été franchement négatif. Le Wassermann de l'enfant était douteux, faiblement positif. Le 10 juin, à son neuvième jour, on refit à la fillette une nouvelle injection intra-veineuse de 2 centigrammes de luargol qui fut bien supportée.

CONCLUSIONS

Toute hémorragie gastro-intestinale du nouveau-né doit être traitée activement et sans retard.

Les excellents résultats obtenus avec le traitement adopté à la Clinique Tarnier méritent de retenir l'attention. Les bases de ce traitement sont les suivantes :

1° Abstinence complète d'aliments pendant deux et au besoin trois jours ;

2° Injection, sous la peau de la région sous-scapulaire, de sérum gélatiné parfaitement stérilisé ; pour un enfant de poids moyen, les doses quotidiennes sont de 20 centimètres cubes pendant toute la durée de l'hémorragie ;

3° Prise par la bouche de 1 gramme de chlorure de calcium sous forme de potion au 1/100, par cuillerées à café toutes les deux heures ;

4° Éviter le refroidissement de l'enfant par des boules remplies d'eau chaude et par une température constante dans la pièce (18 degrés).

Il est de règle de voir les hémorragies cesser au bout de deux ou trois jours.

L'alimentation doit être alors reprise progressivement.

Quand le traitement précédent ne donne pas de résultat après quarante-huit heures, il convient de soumettre l'enfant, alors même qu'il semble indemne de syphilis, au traitement spécifique.

Tout enfant présumé syphilitique doit être immédiatement soumis au traitement spécifique. Le traitement spécifique généralement adopté à la Clinique Tarnier est la friction mercurielle ; un essai fait avec le luargol s'est montré très encourageant.

Vu : le Président de la thèse,
BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Anonyme suisse. — Archiv. der Medecin, Chirurgie und Pharmacie von der Gesellschaft schweizerischer Aertze herausgegeben. Aarau, 1816, Jahrgang, p. 57.

Bar. — Journal des praticiens, 1893.

— Société Obstétricale de France, 1905.

— Rev. gén. de clinique et de thérapeutique, 29 novembre 1893.

Bar, Brindeau et *Chambrelent.* — La Pratique de l'art des accouchements, p. 653.

Barral (de Nîmes). — Observation sur l'hémorragie gastro-intestinale du nouveau-né (Journal de Médecine et de Chirurgie pratique à l'usage des médecins praticiens, 1894, p. 385, art. 15.920).

Billard. — De la muqueuse à l'état sain et à l'état inflammatoire. Paris, 1625.

— Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle, 3e édit., p. 360, obs. XLII, p. 395, obs. IV.

Brebesius. — De vomitionibus et dejectionibus curentis in puericulo recens nato salutaribus et per exibit permatis celi et ole amygdalius resoluti curatis, obs. XXVIII.

— De vomitu et secessu cruento in puericulo recens nato lethali, obs. LVIII (Acta phys. med. Acad. nat. curios, vol. IV, novembre 1737).

Brewer et *Carrel.* — Wisconsin medical Journal, sept. 1907.

Champetier de Ribes et *Senlecq.* — Traitement par l'adrénaline des hémorragies intestinales du nouveau-né

(Compte rendu de la Soc. d'Obst., de Gynéc., et de Pédiat. de Paris, 1907, IX, p. 135-140).

Charrin. — Semaine médicale, 22 janvier 1896.

Depaul. — Dict. encycl. des sciences méd. Art. nouveau-né.

Dusser. — Thèse Paris, 1889-1890.

Ebarth. — Ein ganz blütiger Fœtus der gleich nach der geburt, blut weggebreuhen. (Samlung von Natur und Medicin wie auch licher gehærigen. Kunst und litteratur geschichten, 10 nicht anno 1723, u. J. w. herausgegeben von einigen academish naturæ curios. In Breslau Sommet quart, 1723. S. 552.

Emmet Holt. — Presse médicale, 1902.

Gallas. — Thèse de Paris, 1913.

Gaertner. — Gaz. hebd. de méd. et de chir., 20 janvier 1894.

Gendrin. — Traité philos. de méd. pratique, t. I, p. 189 et 211.

Guttmam. — Gazette des Hôpitaux, 14 janvier 1900, p 80 et la Presse médicale belge, 14 janvier 1900, p. 30.

Labbé (Marcel). — Presse médicale, 18 janvier 1899, n° 5, p. 22. — Société médicale des Hôpitaux, 27 janvier 1905. — Bulletin de Société anatomique, 12 janvier 1899.

Lepage. — Hémorragies des nouveau-nés (Précis d'Obstétrique, 5e édition. Paris, 1900, p. 1284-1287).

Lequeux. — Soc. obs. de France, 1905.

— Thèse de Paris, 1905-1906 (90-973).

— Bulletin de la Soc. obs. de Paris, janvier 1909.

Lop. — Presse médicale, 26 nov. 1904.

Lusseau. — Thèse de Paris, 1913.

Mauriceau. — Traité des maladies des femmes grosses, t. II, ob. CCIVI.

Orlowsky. — Thèse de Paris, 1897.

Pensuti. — Lyon médical, 1901.

Preuschen (von). — Centralb. f. Gynæk., 1895, n° 15.

Rahn Escher. — Observations sur les hémorragies des premières voies (Gaz. de Paris, 1830, p. 401).

Ribemont-Dessaignes. — Des hémorragies chez le nouveau-né. Thèse d'agrégation, 1880.

— Précis d'Obst., 1904, S. 1366 et 1367.

Billiet. — Presse médicale, 1894, t. XX

— Gazette méd. de Paris, 30 déc. 1848, p. 1029-1039.

Rillet et Barthez. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants, 2e édition, 1863, t. II. p. 295.

Runge. — Art. Melæna (die Krankleiten der ersten Lebentage, 1893.

Vicq. — Thèse de Paris, 1909.

Vogel. — De cognoscendis et eurandis præcipius corporis humani affectibus. Gœttinger, 1792, p. 215.

Vogel. — Traité des maladies de l'enfance., 1871.

Valleix. — Art. Melæna (Guide du médecin praticien).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 3186-16